





THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris

Par Louis PERROUD,

né à Lyon (Rhône),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Interne des Hôpitaux civils de Lyon
(Antiquailles, hôtel-Dieu, Maternité),
Lauréat de l'École de Médecine de la même ville
(en 1852 et en 1853).



PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1858

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 31 *juillet* 1858,

Par Louis PERROUD,

né à Lyon (Rhône),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Interne des Hôpitaux civils de Lyon
(Antiquailles, hôtel-Dieu, Maternité),
Lauréat de l'École de Médecine de la même ville
(en 1852 et en 1853).

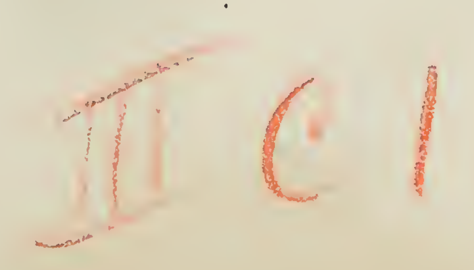
RECHERCHES
SUR LA GRENOUILLETTE,

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ
POUR EN OBTENIR LA GUÉRISON.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1858



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU, Examinateur. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BARTH.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GOSSELIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY, Exam.
JARJAVAY.

MM. LASÈGUE.
LECONTE, Examinateur.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VERNEUIL.
VIGLA.

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON ONCLE CH. PERROUD.

A MES PARENTS.

A M. BARRIER,

Professeur à l'École de Médecine de Lyon, etc

A M. DEVAY,

Professeur à l'École de Médecine de Lyon, etc.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

A MES AMIS.

RECHERCHES

SUR

LA GRENOUILLETTE,

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

POUR EN OBTENIR LA GUÉRISON.

INTRODUCTION.

La *grenouillette* est bien une des affections qui ont attiré le plus l'attention des médecins, qui ont allumé le plus de discussions, et dont la guérison a entraîné le plus de difficultés. Placée à l'entrée des voies respiratoires et digestives, sous un organe dont les fonctions sont aussi importantes que celles de la langue, elle ne devait pas échapper au malade, et celui-ci a dû de tout temps redemander au chirurgien l'usage de la parole, de la mastication ou de la déglutition, qu'il perdait peu à peu, bien heureux encore quand son mal ne lui avait pas déchaussé les dents, déformé les os de la face, envahi la région antérieure du cou, ou quand il ne le jetait pas dans les angoisses d'une asphyxie imminente. Tout le monde se rappelle l'histoire de ce malheureux dont la respiration était tellement gênée par l'existence d'une énorme grenouillette, qu'il en éprouva de vives convulsions et tomba sans connaissance dans le cabinet de Cline

pendant qu'il attendait les secours de cet habile chirurgien (1). On rencontre partout l'observation, que cite Taillardant (2), d'une grenouillette assez volumineuse pour empêcher le malade de manger et le menacer d'inanition, ou cette autre de Marchettis (3), qui, comprimant les carotides primitives ou la trachée-artère, entravait non-seulement les fonctions des poumons et celles du tube digestif, mais encore plus directement celles du cerveau.

Mais, sans remonter si loin et sans aller encore emprunter à Fabrice de Hilden (4) l'exemple d'une grenouillette remplissant toute la bouche, ou à Alix (5) celui d'une tumeur analogue, qui était sur le point de suffoquer un enfant, il suffit de jeter les yeux sur ce qui se passe encore autour de nous pour nous convaincre de l'importance qu'il faut attacher à la maladie qui nous occupe. M. Velpeau (6) dit avoir vu une de ces tumeurs qui occupait la totalité des régions parotidienne et sus-hyoïdienne, et d'autres qui remplissaient toute la bouche ; M. Barrier a vu un enfant qui devait évidemment un bec-de-lièvre compliqué à la présence d'une tumeur semblable, assez volumineuse pour s'être opposée au libre développement de la cloison naso-buccale.

Si, à ces différents désordres que produisent l'extension de la grenouillette et la compression qu'elle exerce sur les organes voisins, on ajoute les complications inflammatoires qui peuvent accompagner des ranules anciennes, comme on en trouve de nombreux exemples rapportés dans les auteurs (Hippocrate, Celse, Heister, entre autres) ; si l'on y joint encore les accidents que peut entraîner la rupture d'un de ces kystes sublinguaux, comme, par exemple,

---

(1) Observation citée par A. Burns.

(2) Citée par M. Velpeau (*Médecine opératoire*).

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*

(5) Velpeau, *Médecine opératoire*.

(6) *Loc. cit*

ce cas de suffocation qu'observa Diemerbroeck à la suite de la rupture spontanée d'une grenouillette volumineuse ; si, dis-je, on pèse toutes les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouve placé le malade atteint de l'affection dont nous parlons, on ne sera pas étonné des nombreuses tentatives que de tout temps on a faites pour en amener la guérison radicale.

Depuis Hippocrate jusqu'à nous, beaucoup de procédés ont été imaginés et prônés tour à tour; beaucoup n'ont amené presque que des revers, et sont justement abandonnés maintenant, d'autres ont quelquefois réussi; mais tous comptent des insuccès. La récidive, voilà ce que malheureusement on a trop souvent à déplorer, ce qui préoccupe le chirurgien, quand le malade a une fois échappé aux accidents primitifs inhérents à l'opération; voilà ce que ne préviennent qu'imparfaitement les procédés aujourd'hui employés. Nous croyons donc que le nouveau procédé que M. Barrier a imaginé et mis en usage avec succès pour la cure de la grenouillette est appelé à rendre des services importants et mérite la confiance des praticiens, surtout si, comme nous essayerons de le démontrer, il met le malade à l'abri de la récidive, tout en étant inoffensif et d'une exécution facile.

Pour prouver ces avantages de l'opération que nous défendons, nous nous proposons, dans cette thèse, de la comparer aux autres procédés qui sont passés dans la pratique, après toutefois avoir éclairé la question du traitement par celle de la nature de la maladie sur laquelle nous avons à disserter.

1° Qu'est-ce que la grenouillette? quelle en est la nature?

2° Quels sont les divers moyens que l'on a tentés pour la guérir? Quelle est la valeur de chacun d'eux? Quels avantages présente sur eux la nouvelle opération de M. Barrier?

Telles sont les diverses questions que nous chercherons à résoudre successivement, divisant ainsi notre travail en deux parties principales. Puissent nos efforts ne pas être stériles et indignes des maîtres que nous avons eus dans les hôpitaux; nous les remercions

ici publiquement de la bienveillance que nous avons toujours rencontrée auprès d'eux. Nous devons remercier surtout M. Barrier des savantes leçons et des précieux conseils qu'il nous a prodigués avec tant de bonté; nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre juste et sincère reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA NATURE DE LA GRENOUILLETTE.

CHAPITRE Ier.

Qu'est-ce que la grenouillette?

Si l'on en juge par les noms divers que l'on a donnés à la grenouillette, on voit que l'attention des chirurgiens a été attirée sur deux caractères de cette affection : 1° son siége sublingual ; 2° la ressemblance assez grossière qu'elle présente avec la grenouille, soit qu'on ait cru rencontrer le coassement de cet animal chez les malades qui sont atteints de ranule, comme sembleraient l'indiquer les dénominations *batrachus* ou *batrachium*, que l'on trouve dans quelques auteurs latins, soit que, comme l'indiqueraient les autres dénominations latines, *rana, ranula,* on ait trouvé une certaine analogie de forme entre la grenouillette et la grenouille.

Nous ne chercherons pas le secret de la nature du mal qui nous occupe dans des ressemblances plus que douteuses ; on ne se préoccupe plus de savoir si la grenouillette ressemble au goître aérien de la grenouille, ou bien au dos de cet animal, en raison de la fente médiane qui sépare la tumeur en deux moitiés latérales, et si l'on conserve un nom qui semblerait ne plus avoir de raison d'être, et que quelques auteurs condamnent de nos jours, c'est uniquement parce qu'il ne préjuge rien sur la nature encore trop controversée d'une affection dont le siége précis est encore en litige. Nous res-

pecterons donc une dénomination que tous les peuples ont adoptée, et nous ferons remarquer que le *rana, ranella, ranetta* des Italiens, le *rapillo* des Espagnols, le *razinka* des Portugais, le *ranula* des Anglais, le *Frosk* des Suédois et des Danois, le *Frosch* des Allemands, prouvent assez que l'on avait besoin d'un nom insignifiant pour désigner un certain groupe d'affections qui, quoique différentes par le siége, avaient d'étroites connexions sous le rapport du pronostic, de la marche et peut être du traitement.

Mais si les données précédentes n'ont pu nous éclairer sur la nature de la grenouillette, en sera-t-il de même de celles que va nous fournir le siége sublingual de cette tumeur? L'importance que semblent attacher à ce siége les dénominations *Frosk under tungan* ou *tungen, Frosch unter der Zunge, Froschleingeschwulst, soft sweling under the tongue,* empruntées aux Suédois, aux Danois, aux Allemands et aux Anglais, cette importance, dis-je, ainsi que la diversité des éléments qui composent le plancher buccal, semblerait nous indiquer que l'anatomie doit nous fournir ce que nous n'avons pu attendre de l'analogie.

La grenouillette siége sous la langue; mais toute tumeur sublinguale doit-elle être comprise sous ce nom de grenouillette? Ne trouve-t-on pas sous la langue des tumeurs assez disparates pour être réunies dans une même dénomination en un seul groupe, en un seul genre morbide? Si l'on jette les yeux sur le grand nombre d'appareils différents qui occupent cette région, on sera convaincu *a priori* du vice d'une pareille classification.

Que trouve-t-on en effet dans le plancher buccal?

1° Une muqueuse avec son épithélium, son tissu fibreux et fibroïde, ses glandes et ses glandules;

2° Un tissu cellulaire sous-muqueux;

3° Des vaisseaux;

4° Des glandes;

5° Des canaux sécréteurs;

6° Peut-être des bourses muqueuses.

C'est dire que nous pouvons trouver sous la langue des tumeurs fongueuses, polypiformes, des kystes muqueux, des athéromes, des meliceris, comme Fabrice d'Aquapendente, Marchettis, Tulpius, Loder, J.-L. Petit, Chelius, etc., en ont cité des exemples, comme dernièrement encore M. Dalher en rapporta un cas intéressant (1); c'est dire que l'on peut y rencontrer des lipomes, des abcès et toute tumeur de nature inflammatoire; c'est dire que l'on peut y voir des varices, des tumeurs érectiles (2) (et l'observation de cette grenouillette que cite Actuarius, et qu'il aurait guérie par l'ouverture des vaisseaux sublinguaux, serait, d'après Camper, un exemple d'une de ces dilatations variqueuses des vaisseaux sanguins); c'est dire encore que l'on pourrait observer sous la langue des kystes ou des hypertrophies glandulaires, des dilatations de conduits excréteurs, et peut-être même des hydropisies synoviales.

Ce tableau des diverses espèces de tumeurs sublinguales est loin d'être chargé; on en rencontre de nombreux exemples dans les auteurs (3), et M. Bertherand (4) a bien prouvé l'existence de chacune d'elles dans sa thèse inaugurale. Or toutes ces tumeurs doivent-elles

---

(1) *Kyste athéromateux situé sous la langue,* observation recueillie dans le service de M. le professeur Linhard, de Wurtzbourg, par Dahler (*Æsterreichische Zeintung,* 1857, nº 37).

Nouvelle observation d'un kyste athéromateux sous-lingual (*Gazette hebdomadaire,* juillet 1858).

On trouve dans Dupuytren (*Leçons orales*) une autre observation tout à fait semblable.

Sicherer, Rigaud, Syme, au rapport de M. Bertherand, ont observé aussi de pareilles lésions dans le même siége.

(2) Nous classons en effet parmi les tumeurs érectiles la tumeur sublinguale que M. Dolbeau a décrite récemment sous le nom de *grenouille sanguine ;* son siége dans le plancher buccal ne peut suffire pour lui donner le droit d'entrer dans le cadre des grenouillettes.

(3) Jourdain, *Traité des maladies de la bouche ;* Paris, 1778.

(4) Thèses de Strasbourg, 1845.

former un seul et unique genre : la grenouillette? Toutes siégent sous la langue; on peut trouver à toutes les mêmes analogies de forme avec le goître ou le dos de la grenouille : ces caractères suffisent-ils pour reconnaître à toutes la même nature ou le même mode de traitement? Évidemment non; et si les anciens ont pu se méprendre quelquefois, aujourd'hui les progrès de l'anatomie et les données que fournit l'observation nous forcent à distinguer de plus en plus des affections qui naguère encore étaient confondues.

Une première distinction entre ces tumeurs a été trouvée dans la présence ou l'absence d'un kyste d'enveloppe. Cette distinction se retrouve même jusque chez les auteurs les plus anciens. Celse (1) parle très-explicitement du kyste de certaines tumeurs sublinguales : « Sub lingua, dit-il, quoque interdum aliquid abcedit, quod fere « consistit in *tunica.* » Et plus loin, à propos du traitement : « Summa « cutis usque ad tunicam excidenda est, deinde utrinque oræ hamatis « excipiendæ, et *tunica* undique circumdata, liberanda est. »

Il existe donc des tumeurs enkystées; et si quelques-unes d'entre elles sont solides ou athéromateuses, il en existe d'autres qui sont fluctuantes et renferment un liquide de consistance plus ou moins aqueuse : c'est cette dernière espèce que nous désignerons sous le nom de *grenouillette;* c'est à cette dernière espèce que l'on peut rattacher les diverses opinions que donnent les auteurs; c'est elle qu'évidemment, les Allemands nomment *der Schwamm*, et les Anglais *saft sweling,* frappés qu'ils étaient par la fluctuation ou tout au moins la mollesse particulière que présente la véritable ranule.

DÉFINITION. Nous entendrons donc par grenouillette tout *kyste séreux sublingual,* c'est-à-dire tout kyste sublingual dont le contenu a plus ou moins d'analogie avec la sérosité; et ainsi définie, l'affection qui nous occupe, d'une étiologie très-obscure, se présente

---

(1) Lib. VII, cap. 12.

sous la forme d'une tumeur aplatie, arrondie ou oblongue, quelquefois bilobée, d'un aspect souvent blanchâtre et légèrement transparent, d'une consistance molle, élastique, compressible, revenant à sa première forme aussitôt que cesse la compression, d'une fluctuation souvent assez manifeste, d'un volume variable.

Cette tumeur offre un contenu toujours liquide, qui varie depuis la consistance aqueuse jusqu'à celle d'une solution concentrée de gomme ; elle présente très-rarement une marche aiguë, ne s'accompagne qu'exceptionnellement de douleurs, ne guérit pas spontanément, et, tendant constamment à s'accroître, peut comprimer les organes environnants et occasionner des déformations et des troubles fonctionnels capables de compromettre la vie du malade.

D'après cette définition et ce court exposé des caractères des lésions que nous nous proposons de comprendre sous le nom de *grenouillette,* on voit que nous élaguons une foule de tumeurs que quelques auteurs anciens avaient réunies sous ce nom, on voit que nous doutons, par exemple, de la légitimité de l'affection qu'Hippocrate décrit sous le nom d'*hypoglossis* (1), et que l'on est dans l'habitude de rattacher aujourd'hui à l'affection qui nous occupe. En effet, outre que l'on ne trouve dans le passage d'Hippocrate aucune mention du kyste si bien observé depuis par Celse, on remarque les lignes suivantes, que l'on saurait rattacher bien plutôt à un abcès qu'à un véritable kyste séreux : « Ubi vero purulentum fuerit, secato. Quandoque autem sua sponte erumpit, et citra sectionem concidit. »

(1) Hipprocrate, *de Morbis,* lib. II, cap. 10.

CHAPITRE II.

Existe-t-il plusieurs espèces de grenouillette?

La grenouillette est donc un kyste séreux sublingual; c'est là son caractère générique: mais sous la langue ne peut-il exister qu'une seule espèce de kyste séreux? En d'autres termes, n'y a-t-il qu'une seule espèce de grenouillette? Voilà ce qui nous reste à discuter: si aujourd'hui, en effet, tous les chirurgiens sont d'accord sur les caractères génériques de la ranule, il n'en est pas de même de ses caractères spéciaux. Mais jetons un regard en arrière et voyons quelles furent les principales idées que l'on a émises, les siècles derniers, sur la nature de ce kyste sublingual.

Les connaissances anatomiques étaient trop imparfaites, il y a quelques siècles, pour que les auteurs anciens pussent avoir des notions exactes sur le siége précis de la grenouillette: aussi voyons-nous Celse, après avoir reconnu le kyste, s'arrêter à ce premier pas et se borner à rapprocher cette affection d'un abcès, tout en reconnaissant cependant qu'elle en est différente: «Sub lingua quoque «interdum *aliquid* abcedit.» C'est une espèce d'abcès, dit-il, et il ne va pas plus loin. On est étonné, après cette première découverte, de voir Aranzi, cité par M. Velpeau, soutenir que la grenouillette n'est qu'un abcès ordinaire, et Abul'Kasen confondre cette affection avec le cancer. Attribuons à l'imperfection des données anatomiques du XVe et du XVIe siècle les idées de Paracelse (1493-1541), qui voit dans la ranule un apostème des vaisseaux de la langue, et celles d'Ambroise Paré (1509-1590), qui pense que cette affection est due à une humeur froide, humide et visqueuse, qui serait descendue du cerveau sous la langue; Fabrice d'Aquapendente (1537-1619) cependant, frappé de l'analogie qui existe entre la grenouillette et les kystes dermoïdes, ne peut s'empêcher de regarder ces deux affections comme de nature identique.

Jusqu'alors on n'admettait qu'une seule espèce de grenouillette. Les glandes salivaires étaient mal étudiées, et l'on ne connaissait pas encore leurs canaux excréteurs. Galien, Oribase, Rhazès, Avicenne, en avaient peut-être bien eu quelque idée; Berenger de Carpi, en 1521, en avait peut-être déjà parlé d'une manière plus explicite, mais il appartenait à Warthon, en 1656, et à Rivinus, en 1676, de les décrire et de les faire connaître ; l'impulsion une fois donnée, Bartholin fils, en 1681, démontrait les canaux de la glande sublinguale sur plusieurs animaux, et les chirurgiens allaient mettre cette découverte à profit.

Dionis (1) toutefois n'utilise pas ces données récentes de l'anatomie, et quoiqu'il vécût quelques années après Warthon et Rivinus (1672-1718), il ne vit que des grenouillettes placées en dehors des voies salivaires, et ne soupçonna pas qu'il pût en exister d'autres espèces : « Ces tumeurs tiennent un peu de la nature des loupes, dit-il (2), l'humeur qui les compose est presque toujours contenue dans un kyste, c'est pour cela que plusieurs auteurs nous conseillent de les disséquer et de les ôter avec leurs membranes. » Il faut aller jusqu'à Munniks (1691-1711) (3) pour trouver la première mention d'une grenouillette salivaire : pour ce chirurgien, en effet, la ranule est due à une salive « trop âcre et trop épaisse qui engorge les canaux excréteurs. » C'était là une découverte précieuse, malheureusement Munniks semblait oublier en même temps les travaux de ses prédécesseurs, car il ne reconnut que des grenouillettes par dilatation des

---

(1) *Opérations*, 8e édition, p. 502.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Prax. chir.*, lib. I, cap. 26.

«Potius dicemus ranulam oriri a salivâ nimis acri simulque crassiore, quæ, «per inferiores ductus salivales erumpens, atque ob suam ipsius visciditatem, «extrema ipsorum orificia libere permeare nequiens, hinc sub lingua, post «ejus ligamentum, subsistens, hunc ibidem tumorem, insigni cum dolore, «excitat.»

conduits salivaires, tombant ainsi d'un excès dans un autre. On a lieu de s'étonner quand on voit Heister (1) presque contemporain (1683-1758) rester sourd aux écrits de Munniks pour copier les œuvres de Celse et décrire la ranule comme : « tumorem sive ab-« cessum qui sub extrema lingua..... subjecta nascitur. » Cet auteur, il est vrai, reconnaît de même que Celse un kyste d'enveloppe, car plus loin il ajoute : « Tumores isti plerumque tumoribus tunicatis « haud absimiles sunt. » Mais il semble confondre la grenouillette avec le cancer, quand il avance : « Acutissimos quoque dolores in-« terdum concitat. Nonnunquam etiam tubercula carnosa, eademque « dura, hic enascuntur, quæ quo majores dolores afferunt, hoc magis « etiam periculosa sunt. » Heister était donc en arrière de plusieurs siècles, et il faut feuilleter les travaux de l'Académie royale de chirurgie pour voir les découvertes de Warthon et de Rivinus utilisées et fécondées. Louis, Hévin, Lafaye, soutiennent l'existence de l'engorgement salivaire des conduits excréteurs, en se montrant peut-être un peu trop exclusifs ; mais la réaction devait avoir lieu : la découverte et la description d'une bourse muqueuse sublinguale que fit en 1841 Fleischmann, alors prosecteur d'anatomie à Erlangen, ainsi que la découverte des kystes séreux glandulaires, montrèrent qu'il pouvait bien exister des grenouillettes en dehors des voies salivaires, qu'il en existait réellement, et dès lors on oublia les travaux de Munniks, de Louis, de Lafaye, pour adopter d'autres idées.

Voilà à peu près où en est la question aujourd'hui ; d'une part l'anatomie et l'analogie qui nous montrent la possibilité de l'existence de deux espèces principales de grenouillettes, suivant que l'accumulation de liquide siége dans le canal excréteur de la glande ou en dehors de ce canal ; et d'une autre part quelques chirurgiens qui nient la réalité et même la possibilité de l'une de ces espèces. Voyons ce que vont nous apprendre des faits ; examinons :

---

(1) *Opera chirurgica,* pars II, sect. 2, cap. 89.

1° Si la grenouillette salivaire de Munniks existe effectivement, ou si l'on doit la rayer des cadres nosologiques.

2° Si la ranule peut siéger ailleurs que dans les voies salivaires et quels organes occuperait alors la collection de liquide.

§ Ier.

DE LA GRENOUILLETTE PAR DILATATION DES CANAUX SALIVAIRES SUBLINGUAUX (DE LA GRENOUILLETTE SIALANGIQUE) (1).

Je nommerai grenouillette sialangique, pour me servir d'un mot dont j'emprunte les radicaux à la nomenclature de M. Piorry, une tumeur enkystée liquide siégeant sous la langue et due à la dilatation des conduits excréteurs des glandes sous-maxillaires ou sublinguales.

L'observation a suffisamment prouvé que ces conduits pouvaient êtres dilatés, on trouve dans tous les auteurs des exemples de calculs arrêtés et séjournant dans les voies salivaires ; personne ne saurait nier et ne nie en effet, dans ces cas, une véritable dilatation des canaux de Warthon ou de Rivinus, mais on se hâte de signaler les différences qui existent entre cette sorte de grenouillette et la grenouillette légitime, entre cette grenouillette que M. Denonvilliers appelle inflammatoire aiguë ou active, et celle que par opposition il nomme indolente chronique ou passive (2). D'un côté, en effet, ce sont des accidents inflammatoires qui retentissent jusque sur la glande, un gonflement douloureux et intermittent de cette glande, l'issue d'une salive purulente, des abcès au voisinage et finalement des fistules salivaires ; de l'autre côté, une tumeur fluctuante, indo-

---

(1) Sialangique : σίαλον, salive, et ἄγγος, vaisseau, conduit.

(2) Société de médecine du département de la Seine, 4 février 1856.

lente, mollasse, n'occasionnant habituellement qu'une simple gêne de présence. D'une part, le canal salivaire n'acquiert guère plus que le volume d'une plume d'oie, cette dilatation se produit lentement, et tous les accidents disparaissent quand le calcul est enlevé; d'autre part, c'est une tumeur qui arrive quelquefois brusquement, qui, au moins, acquiert vite le volume d'une noix par exemple, et qui peut, avec le temps, prendre un volume considérable.

Voilà deux tableaux qui paraissent bien différents, il n'est donc pas étonnant que si dans le cas de calcul on reconnaît que le mal affecte réellement les voies salivaires, on assigne un siége tout différent à la grenouillette passive de M. Denonvilliers. Reconnue par Munniks, puis par Louis, Lafaye, etc., la ranule sialangique indolente est complétement rejetée aujourd'hui par quelques chirurgiens, entre autres par MM. Gosselin, Robert, Maisonneuve, Richard, Boinet, Danyau, Denonvilliers (1), et, si d'autres en admettent l'existence, la plupart le font plutôt pour ne pas se montrer trop exclusifs que par véritable conviction. M. Malgaigne n'infirme pas l'opinion de Louis, mais il ajoute qu'il n'a jamais rencontré une pareille affection, et les auteurs sont presque tous d'accord pour soutenir que si elle existe, elle doit être excessivement rare.

Comment croire en effet à l'opinion de Louis ou de Lafaye? Est-ce de la salive que l'on trouve dans ce prétendu kyste salivaire? Les conduits excréteurs peuvent-ils se dilater en ampoule dans un point restreint de leur étendue? Cette dilatation, si toutefois elle peut exister, ne se montre-t-elle pas uniformément suivant tout leur parcours? Et, du reste, peut-on bien supposer que des canaux aussi étroits que ceux de Rivinus ou de Warthon puissent, par la simple dilatation, acquérir un volume aussi grand que celui que présentent certaines grenouillettes? Pourquoi le canal de Sténon ne présenterait-il jamais une pareille affection? Les conduits muqueux ne tendent-ils

---

(1) Discussion à la Société de médecine du département de la Seine, 1855-56.

pas à devenir fistuleux plutôt qu'à se dilater continuellement et sans mesure? N'est-ce pas ce que l'on remarque pour le canal de Sténon, le canal lacrymal, etc.? N'est-ce pas ce que l'on devrait observer sur le canal de Warthon, s'il était réellement le siége de la grenouillette, au lieu de cette tendance invincible que les ouvertures pratiquées à ce kyste ont à la cicatrisation? Comment croire à un arrêt dans le cours de la salive, sans engorgement des glandes salivaires, sans douleur ou inflammation de ces glandes? Que l'on observe les résultats que M. Claude Bernard a obtenus en pratiquant la ligature de ces canaux, et l'on se convaincra facilement que la grenouillette ne peut siéger dans les conduits excréteurs? D'ailleurs M. Breschet n'a-t-il pas suffisamment prouvé par ses autopsies que cette affection était extra-salivaire? A-t-on jamais pu rigoureusement démontrer le contraire? N'est-on pas parvenu fort souvent, dans certaines grenouillettes, à catéthériser les conduits salivaires ou à voir suinter manifestement, par leurs ouvertures, des flots de salive au moyen de substances sapides placées dans la bouche, sans pour cela voir diminuer la tumeur kystique? Une dilatation de ces conduits excréteurs pourrait-elle se manifester aussi brusquement qu'on l'observe pour certaines ranules aiguës aussi promptement et arriver à un volume considérable? N'est-ce pas au contraire ce que l'on voit très-souvent pour certains kystes synoviaux, pour les kystes synoviaux du poignet, par exemple? Enfin, si la grenouillette n'était qu'une dilatation des conduits salivaires, pourquoi verrait-on réussir quelquefois certains moyens qui déterminent l'oblitération de ces canaux excréteurs, les injections iodées par exemple, tandis que l'on éprouverait tant de difficultés à déterminer sur les parois du kyste un orifice béant?

Voilà une série d'objections qui paraissent assez sérieuses, et quand on les voit avancées par des chirurgiens dont les noms font autorité dans la science, on ne peut s'empêcher de douter un instant du rôle immense que Munniks fait jouer aux canaux salivaires dans la production de la ranule. Examinons cependant la valeur de

chacun de ces arguments en particulier, nous attachant à démontrer la réalité de la grenouillette sialangique passive et abandonnant l'histoire de la ranule sialangique active dont la nature n'est pas contestée, et que du reste on pourrait se refuser à admettre dans le cadre des grenouillettes.

A. L'analogie défend d'admettre la dilatation des canaux de Warthon ou de Rivinus.

Et pourquoi? Ce n'est pas assurément parce que les canaux sécréteurs ne se dilatent jamais, les exemples de pareilles lésions sont trop fréquents; depuis le tube digestif qui, dans certains cas d'atonie, peut, sous l'influence de gaz développés dans son intérieur, acquérir un volume considérable, jusqu'aux uretères que j'ai rencontrés dans une de mes autopsies, assez volumineux pour être confondus au premier abord avec une portion de l'intestin grêle, tous les conduits excréteurs peuvent présenter des dilatations quelquefois considérables, aussi n'est-ce pas ce que nie M. Robert; ce chirurgien refuse aux canaux la propriété de ne se dilater qu'en un point de leur étendue, ne présentant ainsi qu'une dilatation ampullaire sur une partie de leur trajet; quand la dilatation existe, elle est générale, dit le chirurgien que nous citons, loin d'être localisée comme elle le serait si la grenouillette siégeait réellement dans les conduits salivaires.

Si j'osais assimiler les canaux artériels aux canaux muqueux, certaines tumeurs anévrysmales suffiraient pour répondre à l'objection de M. Robert; mais, sans aller chercher des analogies qui pourraient paraître un peu forcées, ne rencontre-t-on pas souvent des dilatations partielles des conduits excréteurs?

« La dilatation de l'urèthre n'est pas en général uniforme, dit M. Cruveilhier (1), le plus souvent on trouve le long de ce conduit

(1) *Anatomie pathologique générale*, t. II, p. 845

des ampoules séparées par des étranglements. » Et à propos du canal pancréatique, le même auteur s'exprime ainsi : « Le canal pancréatique très-distendu (1), se présentait sous l'aspect d'un kyste qui contenait un liquide transparent, visqueux, dans lequel nageaient quelques flocons muqueux. »

Les conduits de la glande mammaire eux-mêmes présentent souvent des altérations analogues ; M. Forget (2) a observé cinq ou six de ces conduits qui venaient s'ouvrir dans un renflement du volume d'une grosse noix, et qui eux-mêmes étaient dilatés en ampoule, mais à un moindre degré que ceux auxquels ils étaient afférents. M. Huguier a observé la même lésion sur le conduit de la glande vulvo-vaginale : chez une vache, non-seulement les conduits principaux, mais les ramuscules émanant de cette glande, étaient dilatés considérablement, sans cependant que cette glande fût malade. La trompe utérine elle-même peut offrir des dilatations analogues : dans une note lue à l'Académie de Médecine en 1857, sur les kystes de l'ovaire, M. Richard a signalé sur ces conduits muqueux des dilatations ampullaires comparables à celles que nous soutenons pouvoir exister sur les conduits salivaires. En poussant nos recherches un peu plus loin, nous trouverons de pareilles altérations non-seulement sur les gros conduits biliaires, les exemples en abondent, mais encore jusque sur les petits canalicules des lobes du foie, comme le démontre l'autopsie suivante empruntée à M. Monneret (3).

Observation Ire. — Il s'agit d'une femme de 45 ans, morte d'une maladie datant de quinze mois, et caractérisée surtout par des symptômes du côté du foie.

État du foie à l'autopsie. Le lobe gauche offre sur deux faces un assez grand nombre de tumeurs saillantes, arrondies, de la grosseur d'une cerise, ayant une

---

(1) *Anatomie pathologique générale*, t. II, p. 834.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1844.
(3) *L'Union medicale*, t. III, p. 242.

teinte blanchâtre et jaunâtre : je ne tarde pas à acquérir la certitude qu'elles dépendent de la dilatation des canalicules biliaires. Je les ai disséquées et poursuivies avec soin dans tout leur trajet... En me dirigeant vers la périphérie de l'organe, je trouve un grand nombre de canalicules avec leurs dimensions normales, mais il est évident qu'ils communiquent par un pertuis très-fin et bouché par du mucus avec les tumeurs précédemment indiquées: celles-ci sont en grand nombre, soit dans l'épaisseur, soit à la surface du lobe gauche du foie : elles sont constituées par des dilatations en ampoule formant des kystes arrondis que l'on ne peut détacher qu'avec peine du parenchyme hépatique. La membrane d'enveloppe est blanche, molle, tomenteuse, et contient un mucus blanc verdâtre ou jaune très-prononcé, qui ressemble assez à la matière expectorée dans certain catarrhe des bronches. Ce mucus est très-visqueux, doux au toucher, d'une odeur fade, fortement alcalin et peu miscible à l'eau; on le trouve aussi dans quelques points des conduits, mais il était plutôt emprisonné dans les kystes que je viens de décrire.

L'étude microscopique prouve, de la manière la plus évidente, que le liquide de ces kystes est bien du mucus, avec quelques globules distincts de pus, des cristaux biliaires, mais peu de cholestérine.

Les canalicules rénaux, de même que les canalicules hépatiques, peuvent offrir des dilatations kystiques; M. Verneuil (1) en cite plusieurs exemples, démontrant que les reins peuvent non-seulement présenter des kystes siégeant dans les corpuscules de Malpighi, et reconnaissables à l'épithélium pavimenteux dont la poche est tapissée intérieurement, mais encore des kystes qui reconnaissent pour cause une dilatation ampullaire des canalicules rénaux, comme le prouvent et leur siége dans la substance médullaire et l'épithélium cylindrique dont leurs parois sont doublées.

La même observation a été faite pour les canalicules séminifères, M. Curling (2), chirurgien de London's hospital, a vu des kystes formés par la dilatation partielle des conduits séminaux, dilatation siégeant soit sur une anse, soit sur une extrémité, soit sur toute la continuité, soit sur la partie latérale d'un de ces tubes.

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, t. 1, p. 63; 1853-1854.

(2) *Medico-chirurg. transactions*, t. XXXVI.

Pour compléter l'exposé des faits analogues, et sans vouloir entrer dans des citations que l'on pourrait multiplier à l'infini, que l'on me permette de rappeler deux observations de M. Jarjavay, dans lesquelles cette dilatation kystique siége sur les canaux excréteurs des glandes lacrymales, et offre la plus grande ressemblance avec la dilatation des conduits salivaires (1).

Obs. II. — Un homme de la campagne reçoit en 1844 un coup de marteau à l'angle externe de l'œil; la cicatrisation s'en fait *lentement*, et au moment où elle s'achève, une tumeur apparaît sur la partie externe de la paupière supérieure; plus tard, en comprimant cette tumeur, on fait jaillir un liquide transparent.

C'est en 1850 que M. Jarjavay examine cet homme.

Au-dessus et en dehors d'une cicatrice très-irrégulière qui couvre le côté externe et droit de la face, à la partie externe de la paupière supérieure, est une tumeur oblongue, de la forme et de la grosseur d'une petite amande, molle, et percée en haut d'un petit pertuis enfoncé; par là on fait jaillir un filet liquide très-ténu; la grosseur se gonfle à l'air vif, le malade la vide en la comprimant trois ou quatre fois par jour; elle se vide par la face cutanée.

Obs. III. — A la suite d'un éclat de verre de bouteille sur l'œil droit, une femme accuse une plaie assez étendue intéressant la paupière et le globe de l'œil. Après la cicatrisation, sur la partie externe de cette paupière supérieure, se formait, quand la malade était sollicitée à pleurer, une tumeur que la compression vidait par la face muqueuse de la paupière.

Des faits semblables sont rapportés par J.-A. Schmith, puis par Beer (2), et, ce qui les rapproche encore de la grenouillette, c'est la fréquence des récidives qu'ils présentent et le peu d'efficacité des moyens que l'on a à sa disposition pour les combattre. Le séton, que M. Jarjavay employa dans le cas qu'il rapporte, resta sans effet : il en fut de même de l'opération que tenta J.-A. Schmith.

Il serait inutile de multiplier les exemples, l'analogie prouve suf-

---

(1) *Arch. d'ophthalmologie,* juillet et août 1854.

(2) *Traité des maladies des organes lacrymaux;* Vienne, 1803.

fisamment que chaque glande peut offrir deux espèces de kystes : des kystes dus à des hydropisies et à des dilatations de leurs grains glanduleux, et des kystes dus à des dilatations ampullaires de leurs canalicules ou de leurs canaux excréteurs. Pourquoi donc refuser aux glandes salivaires ce qui est presque une loi pour toutes les autres glandes? Pourquoi n'admettre ici qu'une seule espèce de lésion?

Voici les autres arguments que l'on oppose à une pareille doctrine.

B. *Le conduit de Stenon ne présente que des fistules, jamais de dilatations kystiques; on ne comprend donc pas pourquoi une pareille affection serait accordée aux canaux des glandes sublinguales ou sous-maxillaires.*

Remarquons d'abord qu'un tel raisonnement n'est pas très-rigoureux; si l'on devait s'étonner de quelques particularités, ce serait moins de voir les conduits de Warthon ou de Rivinus suivre la loi générale de tous les conduits muqueux, que de voir celui de Stenon faire seul exception à cette règle : mais nous pouvons de nouveau ici nous adresser à l'observation, l'analogie est encore en notre faveur : on trouve dans la science un assez grand nombre de dilatations kystiques du canal de la parotide, je demande la permission d'en rapporter quelques-unes :

Obs. IV (1). — En mars 1850, une petite tumeur est extirpée dans la région massétérine sur le nommé D... Dans cette opération, le canal de Stenon est lésé; il s'ensuivit une fistule salivaire, constatée le 7 août par M. Jarjavay, qui, le 20 du même mois, parvint à la cicatriser complétement.

Du 21 au 26, il survint un empâtement œdémateux de la région parotidienne et de la partie voisine du cou.

Le 27, une tumeur se montre sur le trajet du conduit de Sténon; elle est fluc-

---

(1) De M. Jarjavay.

tuante et offre le volume d'une amande; la pression, quoique la diminuant un peu, ne provoque pas l'écoulement du liquide à l'intérieur de la bouche. Une ponction est faite à la tumeur : on en retire un liquide auquel l'analyse chimique reconnaît les propriétés de la salive, et, en outre, le pouvoir saccharifiant.

Le lendemain du jour où la ponction est faite, la tumeur, qui avait complétement disparu, s'est reproduite; quatre fois elle est de nouveau ponctionnée, à quatre jours d'intervalle chaque fois.

Le 29 mai, elle a pris le volume d'une petite noix; la cicatrice de la peau, en regard de l'ancienne fistule, est tendue, luisante; un point noir s'y fait remarquer; enfin, dans la nuit, la poche se vide; une nouvelle fistule s'établit, il s'écoule un liquide séro-purulent.

Malgré la cautérisation renouvelée plusieurs fois à l'aide du crayon au nitrate d'argent, la fistule persista pendant six semaines, et ce ne fut que le 8 juillet que la compression, conseillée autrefois par Desault, obtint une cicatrisation définitive.

Obs. V (1). — Marie T..., âgée de 27 ans, au mois d'août 1819, éprouve une légère douleur dans la joue gauche, vers la seconde petite molaire, sans tuméfaction des parties. En janvier 1820, en mangeant une figue, elle ressent en ce point une espèce de craquement, suivi spontanément d'une douleur très-vive, qui dura trois ou quatre jours, et s'accompagna du développement d'une grosseur du volume d'une fève; un mois après, même craquement et mêmes accidents. Depuis lors la tumeur grandit insensiblement, *sans jamais être douloureuse*, et acquiert en un an le volume qu'elle a au moment où je la vois.

A cette époque, tumeur indolente du volume d'une grosse pomme, sphérique, large et circonscrite, étendue à l'os de la pommette, à l'arcade zygomatique, à l'angle de la mâchoire inférieure et à 1 demi pouce de la commissure des lèvres, très-dure, cependant un peu plus molle au toucher en dedans de la bouche; peau saine, offrant quelques petits vaisseaux injectés; mouvements de la mâchoire presque impossibles; les deux dernières dents molaires, quoique saines, sont un peu déjetées en dedans.

M. Latour conseille l'opération. Cette femme, avant de s'y décider, consulte plusieurs médecins, quelques empiriques, et ne revient trouver M. Latour qu'en

(1) Observation rapportée par M. Latour de Marliac, de Granges (Lot-et-Garonne) (*Arch. gén. de méd.*, 1825).

mars 1821. La tumeur a un tiers en plus, elle offre le volume de la tête d'un enfant nouveau-né; les tempes sont tuméfiées et présentent une fluctuation profonde avec une dépression bien marquée au niveau de l'arcade zygomatique; en bas la tumeur est dure comme l'os, en haut et au milieu seulement elle est plus molle et comme élastique.

Incision au bistouri, écoulement d'un liquide d'une couleur urineuse, visqueux, filant, inodore, devenant floconneux par la moindre agitation; la poche du kyste est incrustée de matière calcaire dans sa moitié inférieure; on excise cette paroi antérieure et inférieure — Injection d'alcool camphrée, pansement à plat avec la charpie sèche; suppuration de la poche, la cicatrisation est presque complète en vingt-cinq jours.

Les pansements sont toujours tachés alors par la salive. Il subsiste encore une petite ouverture fistuleuse que M. Latour guérit facilement après avoir ouvert une autre voie dans la bouche.

Obs. VI (1). — En 1855, M. Desnos est consulté par un jeune homme de 17 ans, blond, lymphatique, sans trace de scrofules, d'une bonne santé, et qui présentait au côté gauche de la face une tumeur oblongue occupant la région parotidienne, massétérine et génienne, et se terminant brusquement à 2 centimètres du sillon naso-génial, 2 centimetres plus haut que la commissure gauche des lèvres. L'apparition de cette tumeur remontait à cinq ou six ans environ; la saillie augmentait pendant les repas, surtout quand l'enfant mangeait de la salade; une tension plus pénible que douloureuse se manifestait à cette occasion. La pression exercée sur la tumeur l'affaissait et faisait couler du liquide dans la bouche.

La muqueuse buccale était pâle, n'offrant aucune trace d'inflammation ou d'ulcération; les dents étaient saines; la peau, de son côté, n'avait subi aucune altération. La tumeur commençait à 1 demi-centimètre environ du tragus, et, se dirigeant vers la commissure labiale, mesurait à peu près 9 centimètres de longueur sur 1 centimètre de diamètre; on ne saurait mieux représenter ses dimensions qu'en la comparant à une grosse sangsue gorgée de sang; très-superficiellement située sous la peau, elle offrait divers degrés de consistance suivant les moments de l'exploration. Ordinairement fluctuante, elle était molle et flasque quand on venait de la comprimer d'arrière en avant, résistante au contraire après quelques mouvements de mastication; en faisant mâcher au malade de l'oseille, on faisait remplir beaucoup plus vite la dilatation, qui, vidée par la pression, se distendait de nouveau, et cela autant de fois qu'on le désirait.

---

(1) Observation recueillie par M. Desnos (*Gazette hebdomadaire*, t. V, p. 30).

La tumeur gonflée se dessinait à l'intérieur de la bouche comme vers la joue, quoique d'une manière moins distincte; la compression, exercée dans ces conditions, faisait jaillir la salive par l'orifice du canal de Stenon, quelquefois jusque hors la bouche; mais on ne pouvait produire ce jet qu'une fois à chaque séance, à la première pression.

Le méat salivaire n'était pas dilaté du côté malade plus que du côté sain; il n'était ni altéré, ni entouré d'indurations. M. Desnos put y introduire un stylet fin d'argent qui, après avoir franchi non sans peine l'orifice, pénétra ensuite sans obstacle jusqu'au voisinage de l'oreille : le canal ne contenait ni caculs, ni corps étrangers.

L'étroitesse du conduit de Stenon près de son embouchure engagea M. Desnos à tenter la dilatation. Le stylet préalablement introduit était remplacé par des bougies fines de gomme élastique de volume croissant et qui devaient rester deux jours en place : les séances de catéthérisme avaient lieu deux fois par semaine, le séjour de la bougie n'augmentait la tumeur ni pendant les repas, ni dans leur intervalle, la salive filtrant sans peine entre le corps étranger et l'orifice salivaire. Lorsque le corps dilatant était supprimé, il y avait pendant un jour ou deux une amélioration notable, ainsi le gonflement était moindre pendant la mastication, la salive s'écoulait assez librement et le malade n'était plus obligé comme auparavant de vider la poche par la pression, mais cette amélioration était de courte durée et bientôt les choses revenaient à leur état primitif.

Toute la série des cordes de violoncelle fut employée, mais sans succès durable; à la dixième séance de dilatation, le canal s'enflamma, il survint de la douleur, la salive se mêla de pus. Les émollients suffirent pour arrêter ces accidents en deux jours M. Desnos songea alors à se servir du bistouri, mais le malade s'en effraya. M. Prévost, consulté depuis, arriva au même diagnostic, employa le même traitement, eut le même insuccès; le malade lui échappa de la même façon.

Voilà une série d'observations que l'on pourrait facilement augmenter encore, et qui prouvent assez que le conduit de Stenon n'est pas plus exempt de dilatation que les autres conduits excréteurs; la dernière observation prouve de plus, d'une manière incontestable, que les tumeurs salivaires de ce canal offrent les mêmes difficultés de traitement que la grenouillette, et que l'analogie, loin de déposer contre la nature sialangique de cette dernière affection, déposerait au contraire en sa faveur.

L'existence de ces lésions du canal parotidien est encore confirmée par quelques grands noms : Joseph Frank (1), dans sa *Médecine pratique*, après avoir dit quelques mots des plaies, de l'inflammation, de l'ulcération de ce conduit, ajoute encore :

« Lorsque ces maladies s'opposent à l'écoulement de la salive dans la bouche, elles produisent *ou* une tuméfaction œdémateuse de la parotide, *ou une tuméfaction du canal de Stenon, indolente, circonscrite, semblable en couleur à la peau, et quelquefois énorme.* »

Le doute n'est donc plus possible, et, si l'on rencontre la dilatation moins souvent sur le canal de Sténon que sur le canal de Warthon ou de Rivinus, ne peut-on pas attribuer cette particularité à la différence de structure de ces deux genres de conduits, à leur position différente, permettant aux uns de se dilater facilement, ce qu'elle refuse à l'autre? Si au contraire les plaies de ces divers conduits excréteurs semblent moins souvent suivies de fistules sur les canaux des glandes sublinguales ou sous-maxillaires que sur celui de la parotide (2), ne peut-on pas l'attribuer avec raison à ce que l'on compare des plaies que l'on pratique sur la grenouillette, c'est-à-dire sur un canal dilaté outre mesure, qui a perdu ses propriétés de tissu, et qui, impropre à se rétracter, voit ses parois s'affaisser sur elles-mêmes et les lèvres de la plaie s'affronter naturellement, à ce que l'on compare, dis-je, ces plaies, pratiquées dans un but thérapeutique, aux plaies produites par accident sur le canal de Sténon, rencontrant un canal tout à fait sain, dont les parois conservent toute leur élasticité, toute leur tonicité, conditions essentiellement favorables à l'écartement des lèvres de la solution de continuité et à l'établissement d'une fistule difficilement curable?

Mais de même que nous avons vu le canal de Stenon présenter

---

(1) *Méd. prat.*, Maladies du conduit de Stenon.

(2) Objection avancée par MM. Pétrequin (*Anat. topographique*), Denonvilliers, Robert, et d'autres chirurgiens.

des dilatations comme le canal de Warthon, de même aussi on reconnaîtra quelquefois des fistules sur les glandes sublinguales et sous-maxilaires et leurs canaux, comme sur la parotide et le canal de Stenon; les exemples n'en sont pas très-rares, et ce fait, que Muys (1) rencontra sur une fille de 24 ans, pourrait être cité entre beaucoup d'autres.

L'analogie est donc complète; voyons si elle ne nous fera même pas défaut contre l'argument suivant :

C. *Il est impossible,* a-t-on dit, *que des conduits qui, à l'état normal, admettent à peine un stylet très-fin, puissent acquérir par la dilatation le volume que présentent certaines grenouillettes.*

N'est-il pas très-commun au contraire de rencontrer de ces dilatations énormes des conduits muqueux? Une fois que leurs parois ont perdu et leur contractilité et leur ténacité, la dilatation n'a, pour ainsi dire, plus de borne. Sans rappeler que des lésions de ce genre sur la vésicule biliaire ou sur la vessie urinaire ont pu être portées assez loin pour simuler des hydropisies ascites, ces deux faits, que rapporte M. Cruveilhier (2), prouvent jusqu'où peut atteindre la dilatation sur un canal dont les parois sont cependant aussi épaisses et aussi résistantes que celles de l'uretère :

« La dilatation de l'uretère est quelquefois portée au point de déterminer une tumeur très-apparente, très-sensible au toucher, qui peut donner lieu à de graves erreurs de diagnostic. Chez une femme âgée de 51 ans, on a pu croire à une hydropisie enkystée de l'ovaire.

« Dans un cas de dilatation de l'uretère, Boyer crut à un abcès froid, et ouvrit la tumeur comme telle; il en sortit 3 livres d'un li-

---

(1) *Prax. chirurg. ration.,* dec. 6, obs. 6.

(2) *Anat. path.,* t. II, p. 846.

quide de couleur citrine, ayant l'apparence de l'urine, et qui fut reconnu comme tel par l'analyse chimique. »

D. *La grenouillette est bien plutôt un kyste adventif qu'une dilatation d'un conduit salivaire, comme le prouve quelquefois la rapidité de son développement, phénomène si commun dans les kystes adventifs, dans ceux du poignet par exemple, que l'on voit paraître et disparaître brusquement* (1).

Il est rare de rencontrer des grenouillettes qui présentent une marche aussi aiguë; M. Nélaton doute même des faits qu'avancent MM. Laugier, Louis et Marjolin, pensant que peut-être on a pris un simple œdème du plancher buccal pour une véritable ranule; cependant, si de pareils exemples ne se rencontrent pas souvent, toutefois on ne pourrait en méconnaître entièrement l'existence; cette observation de M. Fano, recueillie dans le service de M. Denonvilliers, dépose assez en leur faveur (2).

Obs. VII. — Le nommé T..., âgé de 13 ans, entré le 22 juin 1852, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, salle Saint-Augustin n° 25. Un mois avant cette époque, l'enfant assistait à la fête de la distribution des drapaux au champ de Mars, et restait pendant quatre heures consécutives exposé à un soleil ardent, tourmenté par une soif vive. S'il faut s'en rapporter à ses propres renseignements, il aurait éprouvé pendant ce temps une sensation insolite dans la bouche et quand, après la fête, il retourna chez lui, accompagné de ses parents, Il aurait reconnu pendant le trajet même de la route une tumeur placée sur la langue derrière les dents incisives inférieures. Un médecin appelé auprès du malade a parfaitement apprécié la nature de cette tumeur, et après avoir pratiqué trois ponctions successives qui ne furent suivies d'aucune amélioration, il aurait introduit dans la tumeur l'instrument imaginé par Dupuytren, pour le traitement

---

(1) Denonvilliers, Société de médecine du département de la Seine, séance du 4 fév. 1856.

(2) *L'Union médicale*, t. VI, p. 579; 1852.

de la grenouillette. Cette dernière tentative n'eut par un succès plus grand que la première.

Le 24 juin, à l'examen du jeune malade, voici ce que l'on constate : il existe une tumeur à la partie antérieure du plancher buccal, sous la pointe de la langue; cette tumeur a le volume d'une grosse noix, elle s'étend transversalement de l'une à l'autre des extrémités de l'arcade dentaire inférieure; aplatie de haut en bas, elle présente un aspect opalin et blanchâtre dans la plus grande partie. Elle est surmontée de deux petits bourrelets rosés; à la partie postérieure, s'insère le frein de la langue. La tumeur est molle, élastique, fluctuante, on voit quelques petits vaisseaux ramper à sa surface, elle est tout à fait indolente. Elle ne cause de gène que pendant la déglutition et ne détermine aucun embarras de la parole.

On ne pourrait méconnaître, à cette description, une véritable grenouillette et une grenouillette dont le développement s'est effectué dans l'espace de quelques heures. Ce simple fait suffirait-il pour pouvoir soutenir que cette ranule était tout à fait étrangère aux canaux excréteurs des glandes salivaires, pour affirmer qu'elle n'était qu'un véritable kyste adventif? Les exemples d'un développement si rapide, même chez les kystes du poignet, sont assez rares pour permettre sur ces quelques exemples de refuser l'admission d'une affection dont l'existence est prouvée du reste par des exemples irrécusables. M. Forget trouve d'ailleurs une explication facile de la formation rapide de ces kystes du poignet dans la disposition en bissac de la synoviale de cette région, qui, formant comme une sorte de diverticulum, doit singulièrement favoriser un pareil phénomène; et puis enfin prouver que la grenouillette siége quelquefois en dehors des canaux salivaires n'est pas prouver qu'elle ne consiste jamais en une dilatation de ces organes.

E. *Le liquide extrait et recueilli après l'ouverture de la tumeur ne présente ni les caractères physiques ni les caractères chimiques de la salive. Comment dès lors supposer que l'on a affaire à une dilatation des conduits salivaires?*

Le reproche que l'on a fait à ce liquide, d'être beaucoup trop

épais et trop visqueux pour pouvoir être de la salive, est reconnu aujourd'hui moins fondé qu'on le croyait autrefois, avant que les physiologistes modernes et surtout les belles recherches de M. Cl. Bernard (1) eussent démontré les qualités des diverses espèces de salives ; tout le monde sait maintenant que la salive des glandes sous-maxillaires et sublinguales est loin de présenter la fluidité de la salive parotidienne ou même de la salive mixte, et offre une viscosité qui la rapproche beaucoup du liquide contenu dans la grenouillette. Les seules qualités physiques de ce liquide auraient donc peu de valeur pour le différencier complétement du produit de sécrétion des petites glandes salivaires, mais on ne saurait soutenir la même opinion à propos de ses propriétés chimiques ; ici les différences sont assez sensibles, telles sont du moins les conclusions auxquelles est arrivée l'analyse chimique.

Voici les résultats que C.-O. Weber (2) a obtenus par l'analyse du liquide retiré de deux grenouillettes du service de clinique de Wutzer :

1° Pas d'albumine ni de paralbumine, comme le prouvent les réactions ;

a. Pas de trouble par l'ébullition (3).
b. Le cyanure de potassium et de fer trouble à peine la liqueur.

2° Un peu de pyine ;

Réaction (*a*. et *b*.).
c. Par la teinture de noix de galle ou le bichlorure d'argent, précipité blanc floconneux qui est plus abondant si l'on ajoute au liquide quelques gouttes d'acide acétique.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1847, 1852, et mémoire lu à la Société de biologie.

(2) *Gaz. hebd.*, 1854, p. 1102.

(3) M. Boinet cependant prétend que le liquide de la grenouillette se coagule par la chaleur, caractère que n'a pas la salive.

3° Les caractères de la salive manquent complétement :

d. Pas de coloration rouge par le chlorure de fer.

e. Ne transforme par la salive en sucre.

4° L'élément constituant de ce liquide est de l'eau et du mucus.

Gmelin (1), dans ses analyses, trouve que le liquide de la grenouillette diffère de la salive, en ce que :

1° Il contient beaucoup plus d'albumine que la salive,

2° Il ne contient pas d'alcali sulfocyanique.

Toutes les autres analyses, quoique un peu différentes entre elles, attestent néanmoins que la salive est loin de présenter les mêmes caractères que le liquide de la ranule, et que ce dernier se rapproche plutôt par sa composition chimique du liquide que contiennent certains kystes séreux.

Voilà des faits qui semblent militer en faveur des chirurgiens qui rejettent complétement la dilatation des conduits muqueux comme pouvant produire la grenouillette ; aussi ont-ils soin de les avancer comme une arme redoutable, et les retrouve-t-on reproduits presque partout comme des arguments invincibles. Fort de ces données chimiques, M. Robert refuse, dans une discussion de la Société de médecine du département de la Seine, de reconnaître la grenouillette sialangique tant que l'analyse ne lui aura pas démontré de la salive dans ce kyste sublingual. Voici cependant ce que M. Cruveilhier répond aux faits derrière lesquels se retranche M. Robert ; voici en quels termes il énonce une grande loi d'anatomie pathologique,

(1) *Ann. de chim.* de Wœhler et Liebig, t. XXXIV.

Liebig's Annalen, t. XXXIX, p. 45, et t. XLI, p. 301.

Simon, analogie de composition chimique du liquide contenu dans un hygroma avec celui de la grenouillette (*Med. Chemie*, t. II, p. 380).

Gorup-Besanez, *Haller's Archiv*, 1845, p. 13 à 23.

Virchow, *Wurbz-Verhandl*, t. II, p. 281 ; analyse chimique du liquide contenu dans la grenouillette et de celui que contiennent les kystes synoviaux.

qu'établissent et que confirment des exemples journellement fournis dans la pratique :

« Toute rétention complète d'un liquide sécrété a pour conséquence nécessaire, d'abord, une diminution notable, puis une suppression de sécrétion. » Et plus loin : « ..... Les produits de sécrétion retenus refluent du réservoir ou du conduit principal dans les conduits du deuxième et du troisième ordre, et finalement dans les radicules; l'organe sécréteur, comprimé, ne peut plus remplir ses fonctions. L'atrophie plus ou moins complète de cet organe peut être la conséquence de cette compression » (1).

Les suites d'un pareil phénomène sont faciles à prévoir; la sécrétion de la glande cessant peu à peu, on ne doit plus trouver dans le conduit dilaté que le produit de la sécrétion de ce conduit muqueux, c'est-à-dire du mucus plus ou moins altéré : c'est ce que les faits démontrent suffisamment. M. Cruveilhier a vu plusieurs cas d'oblitération complète du canal pancréatique à son embouchure dans le canal cholédoque; toujours le liquide qu'il contenait ressemblait à du mucus parfaitement transparent, « et l'analyse chimique de ce liquide, dit le professeur, faite sur ma demande par M. Barruel, a démontré les caractères du mucus le plus pur. » Il en est de même lorsque le canal cystique est oblitéré, lorsque toute communication cesse entre la glande et la vésicule du fiel; cette vésicule, comme le démontre l'exemple suivant, peut, au dire du professeur d'anatomie pathologique, acquérir des dimensions considérables par suite de l'accumulation tantôt d'une grande quantité de mucus, tantôt d'une grande quantité de fluide séreux. On trouve représenté dans la 29e livraison, planche IV, de l'*Atlas d'anatomie pathologique*, une vésicule biliaire très-volumineuse, renfermant, avec une grande quantité de sérosité limpide, plusieurs calculs biliaires à facettes. Dans les hydropisies des trompes utérines, on ne peut nier que ce soit du mucus qui est contenu dans cette sorte de

---

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique générale*, t. II, p. 222.

canal excréteur. Les exemples abondent ; pourquoi donc vouloir soustraire l'appareil salivaire à la loi générale ? tout ne semble-t-il pas au contraire prouver que ces collections de liquide siégent réellement dans les conduits salivaires, quoique différentes de la salive sous le point de vue chimique ?

Personne, en effet, ne peut nier que les calculs salivaires que l'on rencontre si souvent sous la langue n'occupent les conduits de Rivinus ou de Warthon ; on ne peut en douter si l'on a égard à la rareté des concrétions calcaires dans les séreuses (1), tandis qu'au contraire on les rencontre souvent dans les poches muqueuses, comme le prouvent assez les nombreux exemples de calculs vésicaux, rénaux, lacrymaux, intestinaux, et même utérins. On ne peut en douter encore si l'on remarque que les séreuses ont besoin d'une vive inflammation pour se couvrir de dépôts terreux, afin de pouvoir trouver dans le sérum du pus les phosphates et les carbonates de chaux que le liquide qu'elles sécrètent normalement contient en si minime quantité. On doit donc justement être porté à regarder comme muqueuses, plutôt que comme séreuses, toutes les grenouillettes chroniques, indolentes, passives, en si grand nombre dans la science, dans lesquelles on rencontre du sable, des graviers, ou de véritables calculs.

Le contenu de la grenouillette est donc loin de témoigner contre l'existence possible de la dilatation des conduits excréteurs, et les calculs que M. Peyron (2), que M. Nicod (3), que Louis (4), que

(1) Les corps étrangers que l'on trouve souvent dans les articulations ou les hygromas sont en effet de nature fibreuse, quelquefois même cartilagineuse, mais nullement calcaire; on sait qu'ils pénètrent dans les séreuses de l'extérieur et ne se forment pas dans l'intérieur même du kyste, aux dépens du liquide qu'il contient, comme on le remarque pour les véritables concrétions calcaires.

(2) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine*, 1843-44, t. IX, p. 85.

(3) Observation citée par M. Pétrequin dans son *Anatomie topographique*, 1re édition, p. 182.

(4) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.*

Blégny, Forestus, Lieutaud, Petit (1), retirèrent de certaines grenouillettes, ces quantités prodigieuses de matières lithiques ou sablonneuses, que Leclerc, au rapport de Louis (2), ou qu'un autre chirurgien, au rapport de Lafaye (3), trouvèrent dans des kystes sublingaux, devaient être contenues dans des conduits muqueux dilatés, comme ces nombreux calculs biliaires dont parle M. Cruveilhier étaient contenus dans la vésicule du fiel, comme les calculs urinaires se trouvent très-souvent en quantité plus ou moins considérable dans la vessie, quelquefois frappée d'atonie et plus ou moins dilatée.

F. *L'inflammation est la conséquence forcée de la rétention d'un produit liquide de sécrétion.*

Cette proposition semblerait justifiée par l'expérience : qu'un canal excréteur soit oblitéré, et immédiatement la glande se tuméfie, s'enflamme, s'abcède, et tous les désordres qu'entraînent de pareils accidents ne tardent pas à se montrer. C'est ce que l'on remarque lorsqu'un calcul salivaire vient oblitérer tout à coup le conduit excréteur d'une des glandes sous-maxillaires ou sublinguales. Tout le monde connaît la différence si nettement tranchée qui existe entre la grenouillette indolente, chronique, passive, et celle que M. Denonvilliers appelle par opposition *aiguë, active, inflammatoire.* M. Claude Bernard (4) a voulu résoudre par l'expérimentation ce problème de la nature de la grenouillette ; il lie les canaux excréteurs des glandes salivaires de plusieurs chiens, et observe le résultat de son opération. Au bout de quelques jours, le canal ne s'était

---

(1) *Éphémérides des curieux de la nature, Transactions philosophiques, Commentaires de Leipsik.*

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

(3) Notes sur Dionis.

(4) *Gazette médicale de Paris,* 1856.

pas dilaté de manière à faire un kyste sublingual, mais les glandes s'étaient engorgées, cet engorgement était bientôt devenu douloureux, des accidents inflammatoires n'avaient pas tardé à éclater, des abcès s'étaient formés, s'étaient ouverts, et des fistules s'étaient établies; en un mot, tout s'était passé comme dans les cas naturels de grenouillette calculeuse aiguë ou active. M. Robert (1) rappelle que les mêmes phénomènes se produisent lorsque l'on comprime le canal de Stenon, la parotide s'engorge et s'enflamme sans que le canal se dilate.

Voilà des faits que l'on ne saurait nier et qui prouvent que l'obstruction d'un canal excréteur n'amène pas toujours la dilatation de ce canal, mais peut occasionner des fistules par où le liquide sécrété se crée une nouvelle voie d'excrétion ; mais en est-il toujours ainsi, et dans quelles circonstances les accidents prendraient-ils une marche différente?

Nous ne devons pas considérer les conduits excréteurs comme de simples tubes inertes destinés à débarrasser la glande de son produit d'excrétion ; non assurément, l'excrétion est loin d'être un fait tout mécanique, un fait passif, c'est un acte même du canal excréteur ; la structure de ce canal nous montre assez qu'il doit se contracter, et la physiologie nous apprend qu'il se contracte non-seulement en vertu de sa texture, mais aussi à cause de la sensibilité particulière qui réside en lui et qui, dès qu'elle se trouve mise en jeu, détermine les contractions nécessaires à l'acte d'excrétion, non-seulement dans le canal lui-même, mais même sympathiquement dans les appareils musculaires adjuvants. Que le bol alimentaire vienne, en passant à l'isthme du gosier, réveiller la sensibilité particulière de cette région, aussitôt la contractilité de l'appareil sera mise en jeu, et la déglutition se produira; que le bol fécal ou le produit de la conception viennent exciter la sensibilité spéciale de

---

(1) Société de médecine du département de la Seine.

l'orifice anal ou de l'orifice utérin, aussitôt des contractions se manifesteront non-seulement dans l'appareil incité directement lui-même, mais encore dans l'appareil musculaire respiratoire qui sympathiquement sera appelé à se mettre en jeu. Les phénomènes d'excrétion sont les mêmes dans les appareils glandulaires ; le liquide sécrété réveille la sensibilité de l'appareil excréteur, et celui-ci, incité consécutivement, met en jeu sa contractilité : si, par suite d'une lésion de ses parois, ou de toute autre cause, il ne peut évacuer le liquide qui est fourni par la glande, cette même sensibilité de tissu s'exhalte au point de devenir morbide, de physiologique qu'elle était, au point de passer à l'état de douleur, et des accidents inflammatoires éclatent bientôt de toute part pour l'expulsion du produit de sérétion qui, d'excitant physiologique, est devenu excitant pathologique, est devenu un véritable corps étranger, est devenu, suivant la comparaison universellement adoptée, une épine dans les chairs.

D'après ces données que nous fournit la physiologie, on voit que si, par une cause quelconque, la sensibilité du conduit excréteur se trouve diminuée ou supprimée, le produit de sécrétion pourra être toléré, et le canal, insensible à son excitant physiologique, pourra passivement se laisser dilater : c'est ce que l'on observe, par exemple, dans la vessie urinaire quand, à la suite d'une vive contusion dans la région lombaire, le col vésical est frappé d'insensibilité : le réservoir urinaire se laisse alors dilater outre mesure par l'urine qui continue à être sécrétée sans qu'aucun accident inflammatoire se montre dans l'appareil d'excrétion. L'habitude peut aussi amener le même résultat que le traumatisme ; combien souvent ne rencontre-t-on pas ces constipations opiniâtres qui sont la suite de la paresse ou de la nonchalance ? On néglige d'abord les avertissements de la nature, la sensibilité s'émousse, la tolérance s'établit, et l'on rencontre quelquefois, à l'autopsie, des intestins très-dilatés ou dilatables, sans que durant la vie, les malades aient accusé de symptômes inflammatoires. Quel l'on jette les yeux sur le

tableau des accidents que produit un étranglement intestinal subit, alors que l'obstruction est complète et que la sensibilité n'a pas été préalablement émoussée, et l'on verra la différence.

Mais j'ai hâte d'arriver à une autre cause de diminution de la sensibilité organique, je veux parler de la compression. Cette cause est incontestable chez les nouvelles accouchées qui pourraient rester plusieurs jours sans uriner et voir presque sans accident leur vessie acquérir par distension un volume auquel elle n'arriverait pas impunément en toute autre circonstance. C'est là encore la cause la plus féquente des dilatations des conduits excréteurs : le liquide sécrété ne peut qu'imparfaitement être évacué, de sorte qu'il se comprime peu à peu dans l'appareil glandulaire, tout en comprimant également cet appareil lui-même, la sensibilité s'émousse ainsi graduellement, le conduit d'excrétion perdant cette sensibilité, sa tonicité, l'abandonne bientôt, et la distension de ses parois s'accroît rapidement ; mais cette sorte de compression excentrique, ou de dedans en dehors, doit être graduée sous peine de voir éclater des accidents inflammatoires, au lieu de voir se produire des dilatations. Voilà pourquoi les expériences de M. Cl. Bernard n'ont pu amener la création de grenouillettes ; la nature ne procède pas ainsi dans la formation des dilatations des conduits muqueux, ce n'est qu'insensiblement qu'elle établit ses atrésies et ses oblitérations : dans notre observation 2 que rapporte M. Jarjavay, ce n'est que lentement que se fit la cicatrisation de la plaie des paupières qui amena l'obstruction du conduit lacrymal et par suite sa dilatation : ce n'est que par la lenteur ou l'intermittence de ces obstructions que peuvent s'expliquer ces très-nombreux exemples d'énormes dilatations de conduits muqueux, sans cependant que les malades ressentent de la douleur, ou même qu'ils s'aperçoivent de leur affection : combien de fois l'autopsie seule révèle-t-elle de ces lésions que l'on n'avait pu soupçonner pendant la vie ?

On peut trouver dans la science quelques observations qui prouvent d'une manière incontestable la vérité de ce que nous avançons :

On a publié en 1834 l'observation d'un jeune homme qui entra à l'hôpital Necker, pour une tumeur sublinguale offrant toutes les apparences d'une grenouillette ; un calcul était engagé dans le canal de Warthon et retenu à l'extrémité de ce canal, reconnaissable à une saillie noirâtre qu'il faisait sur la tumeur, et au son éclatant qu'il rendait lorsqu'on le frappait avec un stylet métallique ; tant que ce calcul n'oblitéra qu'incomplétement le conduit salivaire, aucun accident n'apparut ; une vive inflammation éclata au contraire aussitôt que l'obstruction fut complète.

Concluons de ces faits que, si l'obstruction des canaux excréteurs amène quelquefois des accidents inflammatoires, elle peut entraîner aussi la dilatation indolente et passive de ces mêmes canaux, suivant la manière dont s'établit et dont persiste cette oblitération.

G. *On trouve très-souvent, à côté de la grenouillette, les canaux de Warthon tout à fait exempts d'oblitération.*

M. Gosselin rapporte un fait semblable : sur les côtés du kyste sublingual, les orifices des conduits de Warthon étaient béants et laissaient échapper de temps à autre des flots de salive, ce qui prouve assez qu'ils n'étaient pas obstrués ; toutefois ce chirurgien ne put parvenir à pratiquer le cathétérisme, mais il pressa en vain sur la tumeur, il ne vit s'écouler aucun jet par les méats salivaires. — M. Follin, cité par M. Denonvilliers, fut plus heureux ; il parvint non-seulement à apercevoir sur les côtés d'une grenouillette les canaux de Warthon intacts, mais encore il put introduire un stylet assez profondément dans leur parcours, et s'assurer ainsi que la tumeur leur était tout à fait étrangère. — M. Nélaton est souvent arrivé à la même conclusion en parvenant, au moyen de substances sapides appropriées et placées dans la bouche, à faire couler à flot la salive par les orifices des canaux de la glande sous-maxillaire, sans cependant voir s'affaisser la tumeur. — M. Bouchacourt a pu

observer aussi, des deux côtés de la grenouillette, les orifices des conduits de Warthon qui ne paraissaient pas oblitérés.

Ces faits sont explicites, mais les avancer pour prouver que dans ces cas la grenouillette n'était pas due à une dilatation des conduits salivaires serait oublier que les conduits de Rivinus sont bien voisins des conduits de Warthon, et que si la tumeur ne siége pas dans ces derniers, rien ne prouve qu'elle ne pourrait pas siéger dans ceux-là.

II. *Les moyens chirurgicaux qui détruisent le kyste, ou en oblitèrent la cavité, guérissent quelquefois d'une manière radicale la grenouillette : on ne comprendrait pas comment la guérison pourrait se maintenir sans accident, si cette affection était une dilatation des conduits salivaires.*

Cet argument que l'on trouve reproduit dans tous les auteurs et qui du reste semble justifié par le grand principe : *naturam morborum curationes ostendunt*, cet argument ne présente pas une très-grande valeur si l'on se rappelle la découverte anatomique que M. Cruveilhier énonce sous forme de loi. Dans certains cas de grenouillettes sialangiques, les canaux de Rivinus ou de Warthon ne sont plus des canaux excréteurs puisqu'ils n'ont plus rien à excréter, la glande salivaire atrophiée par la compression qu'elle a eu à subir ne secrète plus, partant plus d'excrétion ; ses conduits ne sont plus que des organes inutiles que l'on peut oblitérer ou même faire disparaître impunément.

On le voit, voilà une série d'arguments qui ne peuvent nullement prouver l'impossibilité de la formation de la grenouillette par dilatation des conduits excréteurs des glandes sublinguales ou sous-maxilaires; les autres arguments que l'on avance prouvent que cette affection reconnaît quelquefois, souvent même, un autre siége, mais

ne suffisent pas pour faire rayer la ranule sialangique des cadres nosologiques ; ils trouveront leur place dans le chapitre suivant.

La grenouillette peut donc être produite par une hydropisie des canaux de Warthon ou de Rivinus ; en trouve-t-on réellement des exemples? Oui, répondent, sans être exclusifs, MM. Giraldès, Huguier, Jarjavay, Lenoir. et surtout M. Forget (1), à qui j'ai emprunté les principaux éléments de ma réfutation. Oui, répondent encore, mais plus timidement, MM. Malgaigne (2), Richet (3) et la plupart des chirurgiens modernes. Dupuytren (4) lui-même, que l'on cite comme embrassant l'opinion de Dionis, n'est pas trop éloigné de croire que la ranule siége dans les canaux salivaires : « Les canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires ou sublinguales, dit-il, paraissent être les seuls qui puissent présenter cette dilatation de leurs parois, et cette rétention de la salive ; celui de la glande parotide est formé de tissus trop denses et trop résistants pour donner lieu à une semblable tumeur. » Sur quoi ces auteurs peuvent-ils motiver leur opinion ? Voici des faits :

Obs. VIII (5). — Un homme de 68 ans porte depuis dix mois sous la langue une tumeur qui ne le gêne que depuis quatre mois. Cette tumeur est allongée, parallèle à l'axe du corps de la mâchoire, elle a la forme d'une grosse sangsue gorgée de sang ; en avant elle porte à son extrémité la frange de tissu muqueux au sommet de laquelle s'ouvre normalemet le conduit de Warthon ; cette partie est ulcérée et enflammée ; en arrière, son extrémité dépasse la branche de la mâchoire.

La glande sous-maxillaire est repoussée en bas et en arrière, on la sent sous la peau au-dessous de la base de l'os maxillaire ; elle est un peu tuméfiée et un peu douloureuse à la pression ; le malade affirme que longtemps avant d'avoir

---

(1) Société de médecine du département de la Seine.

(2) *Médecine opératoire.*

(3) *Anatomie médico-chirurgicale.*

(4) *Leçons orales.*

(5) Observation rapportée par M. Forget dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1852.

remarqué la présence de la tumeur, il ressentait de la douleur au niveau du point ulcéré que j'ai signalé ; souvent, dit-il, en mangeant il écorchait ce point sensible.

Incision du kyste, excision des deux lèvres de la plaie ; cautérisation au nitrate d'argent du fond de la poche. On renouvelle cette cautérisation quatre ou cinq fois pendant une dizaine de jours , la cicatrisation se fait dans toute l'étendue du kyste, sauf à la partie la plus reculée où, entre deux replis muqueux, subsiste un pertuis duquel on voit suinter un liquide clair, transparent, tout à fait analogue à la salive. Vainement on cautérise énergiquement le point dont il s'agit, la cicatrisation ne se fait pas, et aujourd'hui, un mois après l'opération, la fistule persiste.

Un stylet introduit par elle pénètre à 3 millimètres de profondeur au contact de la glande sous-maxillaire qui a repris son volume et sa place habituelle ; le cathétérisme par le canal de Warthon ne conduit pas au delà de 8 millimètres et s'arrête sur le tissu de la cicatrice.

Obs. IX (1). — Il y a environ quatre ans qu'un cavalier du guet jeune, et bien portant, vint me consulter pour une tumeur qui lui gênait les mouvements de la langue et nuisait notablement à toutes les fonctions qu'ils devaient exécuter : une sinuosité qui partageait cette tumeur en partie droite et en partie gauche me fit soupçonner qu'elle était formée par deux sacs adossés ; il y avait à la partie postérieure de chaque côté et sur la même ligne une espèce d'aphthe, c'était l'orifice salivaire un peu dilaté et bouché par une matière visqueuse, car ayant introduit sans peine dans ces points un petit stylet boutonné, je pénétrai dans le double foyer de la tumeur, et il en sortit une matière salivaire épaisse en forme de glaire d'œufs ; l'action de la langue l'exprimait avec moins d'effet que la pression faite avec les doigts. Je mis un petit stylet de plomb dans chaque orifice ; au bout de deux jours le malade, si l'on peut appeler de ce nom celui qui portait ces tumeurs sublinguales vint me voir. Je vidai de nouveau les sacs tuméfiés, et je mis dans chaque orifice un fil de plomb plus gros que le premier, je recommandai à ce cavalier de vider les tumeurs tous les matins, après avoir ôté le plomb, et de le remettre ensuite. Au bout de quinze jours, les orifices furent par leur dilatation continue à l'abri du resserrement, la salive n'a plus été retenue, et les grenouillettes ne se sont plus reproduites.

---

(1) Observation rapportée par Louis dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

Il serait facile de multiplier ces exemples. Les faits rapportés par MM. Richet (1), Hubsch (2), Jarjavay (3) et d'autres, pourraient grossir le nombre de ces ciations; mais nous croyons que maintenant il a été assez prouvé que la grenouillette non-seulement pouvait être, mais encore était souvent le résultat de la dilatation d'un conduit salivaire excréteur. Nous pensons donc que l'on doit admettre deux variétés de grenouillettes sialangiques :

1° Des grenouillettes par dilatation des canaux de Warthon;

2° Des grenouillettes par dilatation des conduits de Rivinus.

Si l'existence de la première de ces variétés est suffisamment établie par les faits. par les dernières observations que nous avons citées, par exemple, nous croyons que la seconde variété ne doit pas moins être reconnue et que l'analogie seule suffirait peut-être pour en faire admettre la réalité.

La plupart des auteurs, du reste, se rangent à cette dernière opinion. Hévin (4), Dupuytren, Louis, M. Richet, accordent aux conduits de Rivinus la même influence qu'aux conduits de Warthon pour la production de la ranule; et quoique les caractères que l'on assigne à chacune de ces variétés soient assez vaguement formulés pour que, une grenouillette sialangique étant donnée, on puisse toujours facilement reconnaître à quel canal salivaire appartient la dilatation, le siége de la tumeur peut cependant, ce nous semble, éclairer le diagnostic. Lafaye (5), dans ses notes sur Dionis, fait remarquer que les dilata-

---

(1) Observation inédite rapportée par M. Forget (Société de chirurgie, t. III, p. 521).

(2) *Gazette hebdomadaire,* 1858.

(3) Mémoire présenté à la Société de chirurgie, 1852.

(4) *Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales,* 1792.

(5) «Les tumeurs appelées grenouillettes sont de deux espèces : les unes, rondes et placées sous la langue, semblent n'être produites que par la dilatation du canal excréteur de la glande sublinguale; les autres, plus longues que rondes, placées à la partie latérale de la langue, sont formées par la dilatation du canal et des glandes sous-maxillaires.»

tions des canaux des glandes sous-maxillaires occupent les parties latérales du plancher buccal, tandis que les dilatations des canaux des glandes sublinguales sont placées directement sous la portion libre de la langue derrière les dents incisives. Les recherches anatomiques confirment pleinement la justesse d'un pareil caractère (1), et les faits rapportés par M. Stoltz (2), Dubois (3) et autres, viennent encore corroborer l'existence de la dilatation des conduits de Rivinus et les rapports que la tumeur produite par cette dilatation affecte dans la bouche.

Après nous être attaché à démontrer l'existence des grenouillettes sialangiques, après avoir distingué et établi deux variétés dans cette espèce de ranule, nous nous arrêterons peu à pénétrer plus loin dans son histoire et à rechercher quelle en est la cause prochaine, quelle en est la nature, comme on se l'est déjà demandé pour la tumeur lacrymale, qui offre tant d'analogie avec l'affection qui nous occupe. La salive est-elle devenue primitivement trop épaisse et trop visqueuse pour pouvoir s'écouler librement par les méats salivaires? Ces pertuis ont-ils été obstrués par une simple contraction spasmodique ou par une lésion inflammatoire ou de tout autre nature? Les conduits excréteurs ont-ils été frappés idiopathiquement d'atonie sans lésion apparente, et ont-ils pu ainsi se laisser dilater passivement par le produit de sécrétion qu'ils n'excrétaient plus? Voilà trois opinions qui se trouvent justifiées par les faits; car, sans attacher une grande importance à la première, que du reste Louis révoque en doute (4),

(1) Sappey, *Anatomie descriptive.*

(2) *Gazette médicale,* 1834.

(3) *Loc. cit.*, 1833.

(4) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie :* « Il semble plus naturel de penser que l'épaississement de la salive n'est pas la cause de la grenouillette, puisque cette humeur ne s'épaissit que par son séjour; ce n'est en effet que dans les grenouillettes invétérées que l'on trouve un fluide épais, qui peut même devenir plâtreux et acquérir une dureté pierreuse. »

on trouve des exemples de grenouillettes par défaut de canalisation dans lesquelles les meats salivaires étaient réellement malades (1), et M. Verneuil a fait remarquer dernièrement (2) que « la paralysie pure et simple, temporaire ou permanente, peut amener des dilatations plus ou moins considérables dans des organes tubuleux à parois contractiles, » appuyant son dire sur de nombreux exemples et de nombreuses analogies.

§ II.

DE LA GRENOUILLETTE SIÉGEANT EN DEHORS DES CONDUITS SALIVAIRES (GRENOUILLETTE ASIALANGIQUE).

Si nous avons été obligé d'entrer dans de longs détails afin de faire admettre la grenouillette par dilatation des conduits salivaires, la grenouillette *sialangique*, il n'en sera pas de même pour la seconde espèce de ranule que nous avons tout d'abord acceptée pour la ranule que nous avons placée en dehors des canaux de Warthon et de Rivinus pour celle que nous demandons la permission de nommer *asialangique*. Tous les chirurgiens l'admettent aujourd'hui, tous même s'accordent à la regarder comme la plus fréquente, sinon l'unique, et, sans rappeler les divers arguments que nous avons énumérés dans le paragraphe précédent, nous serons facilement convaincu de la réalité de cette nouvelle espèce par les travaux de Breschet (3) et par les nombreuses observations que l'on trouve citées de toute part.

Habituellement arrondi, toujours exempt de complications du côté de la glande, le kyste qui nous occupe sera sûrement différencié de la ranule sialangique par l'examen microscopique si le chirur-

---

(1) Observation 9.

(2) *Gazette hebdomadaire*, t. V, p. 307; 1858.

(3) Kystes séreux sublinguaux (*Répertoire d'anatomie*).

gien n'a pas déjà pu suffisamment s'éclairer par le cathétérisme des conduits salivaires; l'absence de cellules d'épithélium cylindrique dans le liquide qu'il contient sera une preuve irrécusable que ce kyste n'est pas formé par la dilatation d'un conduit excréteur. C'est ainsi que Weber (1) a prouvé, mieux que ne pourrait le faire la dissection, qu'il existait des grenouillettes en dehors des canaux salivaires, il a eu tort de trop généraliser son observation.

Mais s'il existe sous la langue des kystes qui sont étrangers aux conduits salivaires, ces kystes présentent-ils tous la même structure, tous la même origine? Existe-t-il en un mot plusieurs variétés de grenouillettes asialangiques de même que nous avons reconnu plusieurs variétés de grenouillettes sialangiques? Ici nouvelles dissidences parmi les auteurs, nouvelles opinions avancées et soutenues par les chirurgiens.

A. *Grenouillette folliculaire.*

L'analogie devait faire admettre cette première variété; on trouve dans toutes les glandes des kystes dont le point de départ est l'hydropisie et la dilatation d'un cul-de-sac glandulaire; les glandes buccales devaient être soumises à cette loi pathologique, et l'on devait admettre *a priori* des kystes siégeant dans les glandes sous-maxillaires, des kystes siégeant dans les glandes sublinguales, des kystes siégeant dans les glandules salivaires que l'on rencontre disséminées sur les lèvres, la face interne des joues, et quelquefois, mais en plus petit nombre, sur le plancher buccal. Il était difficile de s'assurer, le scalpel à la main, de la réalité de pareilles lésions, mais le microscope a levé tous les doutes; on a trouvé (2) dans le liquide de quelques grenouillettes des noyaux granuleux et des débris d'épithélium pavimenteux, on n'avait pas à douter, on

(1) *Gaz. hebd.*, 1854, p. 1102.
(2) C.-O. Weber, *loc. cit.*

avait donc bien affaire à un kyste folliculaire, et la grenouillette doit souvent présenter une pareille nature, si l'on en croit les caractères que M. Lebert (1) assigne aux kystes folliculaires ou deutérogènes ; ne dirait-on pas qu'il avait une ranule à la pensée quand il décrivait ces kystes comme peu disposés par la nature de leurs parois à subir l'inflammation adhésive, comme devant presque toujours suppurer pour que cette adhésion ait lieu, comme présentant à leur intérieur un liquide visqueux, assez semblable au mucus, et dans lequel nagent des débris de cellules épithéliales.

B. *Grenouillette lacuneuse primitive.*

Je rangerai sous cette dénomination les kystes sublinguaux produits par des hydropisies des bourses synoviales qui ont été décrites comme existant normalement dans le plancher buccal.

C'est à M. Fleischmann que l'on doit la découverte et la description de ces bourses muqueuses; ses recherches, qui furent publiées en 1841, excitèrent l'attention des anatomistes. Mais tous ne furent pas aussi heureux que M. Fleischmann. M. Sappey affirme que très-souvent il n'a pas rencontré ces bourses muqueuses et que dans les quelques circonstances où il lui a été donné de les observer, elles étaient tellement incomplètes que l'on ne comprend pas comment elles eussent pu servir à la formation d'un kyste liquide. M. Richet dit ne jamais avoir pu les trouver et rejette complétement l'origine que Fleischmann donne à quelques grenouillettes.

Telles sont en effet les conclusions où doivent conduire les nouvelles recherches anatomiques, surtout si l'on compare aux caractères de la ranule les symptômes que Lebert assigne aux kystes lacuneux. Sans rejeter entièrement cette nouvelle espèce de grenouillette, nous la mettrons donc en doute jusqu'à ce que le micros-

(1) *Physiologie pathologique.*

cope nous ait démontré qu'il existe sous la langue des kystes dont les parois sont dépourvues de revêtement épithélial.

C. *Grenouillette lacuneuse consécutive.*

Je désignerai ainsi une troisième variété de grenouillette asialangique admise par quelques auteurs, et qui serait produite par une rupture des voies salivaires et une extravasation de salive qui se trouverait enkystée dans le tissu cellulaire environnant.

M. Malcolmson (1) a soutenu l'existence d'une pareille grenouillette ; voici l'observation sur laquelle il fonde son opinion :

Obs. X. — Un enfant d'une apparence maladive, âgé de 9 ans, portait au cou une tumeur étendue d'une oreille à l'autre, et des angles de la mâchoire jusqu'au sternum, au voisinage duquel elle était plus distendue qu'à sa partie supérieure; elle était peu mobile, et la peau pouvait glisser sur elle.

La maladie avait débuté un an auparavant au-dessous de la mâchoire et un peu à gauche du menton et avait pris un accroissement graduel par en bas et du côté des oreilles. *Quelque temps avant l'apparition de la tumeur, du pus s'était fait une issue à un demi-pouce en arrière et sur les côtés de l'orifice de la glande sous-maxillaire gauche ; on apercevait dans cet endroit une cicatrice déprimée, d'une ligne de diamètre, au niveau de laquelle avait commencé le gonflement : tout au près, était une dent cariée.* La glande sous-maxillaire gauche fournissait encore une très-petite quantité de salive. Pas de gonflement dans la bouche; mais on sentait une induration au-dessous de la mâchoire un peu à gauche. et l'on remarquait au centre de la tumeur plusieurs eschares causées par des applications répétées du cautère actuel.

M. Malcolmson pensa que l'irritation déterminée par le voisinage de la dent cariée avait amené l'inflammation du conduit de la glande sous-maxillaire et que le passage de la salive ayant été obstrué, ce liquide s'était fait une voie dans le tissu cellulaire du cou, et qu'il avait graduellement distendu les téguments.

Une piqûre faite sur la partie la plus saillante de la tumeur donna issue à

(1) *Transactions of the medical and physiological Society at Calcutta*, t. VIII, p. 1.

20 onces d'un fluide glaireux, transparent, d'une légère teinte brunâtre, et à quelques portions de substances dures, résultat de l'épaississement du liquide; la plaie s'étant refermée, et la tumeur se reproduisant assez promptement malgré de nouvelles ponctions, on détermina la suppuration de la poche, au moyen de tentes laissées à demeure, mais sans pouvoir espérer de guérison.

Un nouvel examen fit alors reconnaître que le canal excréteur était tout à fait sain, admettait sans peine un petit stylet d'argent, et laissait s'écouler des quantités notables de salive : un peu ébranlé dans la première opinion qu'il s'était formée sur la nature du mal, M. Malcolmson procéda à l'excision d'un lambeau elliptique de peau, mettant ainsi à nu la plus grande partie de la cavité de la poche : on obtint ainsi une vaste plaie, où tous les organes que l'on rencontre dans la région latérale du cou étaient mis à découvert et comme disséqués : après quelques instants d'attention, on finit par apercevoir un petit corps mou, arrondi, du volume et de la grandeur d'un petit ganglion lymphatique engagé en partie dans la glande sous-maxillaire; le chirurgien y remarqua un très-petit pertuis, comme si on l'eût piqué avec la pointe d'une aiguille, et en le comprimant légèrement, on fit sortir un liquide filant; la glande fut extirpée presque en totalité, et le malade, un mois après, était guéri sans trop de difformité (1).

On comprend comment peut s'établir une pareille variété de grenouillette : un abcès détermine la formation d'une poche dans le voisinage d'un conduit excréteur, ce conduit ou ses ramifications viennent à s'ulcérer par les progrès de l'inflammation ou par toute autre cause, la salive s'écoule dans la poche préparée par l'abcès, qu'elle s'approprie, et voilà une tumeur salivaire. Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, M. Jobert (2) en rapporte un tout à fait analogue; il s'agit d'un boulanger âgé de 37 ans, qui, quelque temps après l'ouverture d'un abcès dans le voisinage du conduit de Stenon, offrit, dans la même région, une tumeur rouge de 8 lignes de hauteur sur un demi-pouce de largeur; à son sommet, se trouve une ouverture ayant la dimension d'une tête d'épingle et donnant

---

(1) Ravaton et Larrey, d'après M. Bertherand, admettraient l'existence de cette grenouillette lacuneuse.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1838, p. 58.

continuellement issue à un liquide tantôt spumeux, clair, limpide, tantôt séro-purulent, tantôt même complétement purulent; une pression légère augmente la quantité de l'écoulement, la mastication produit le même phénomène. La quantité de liquide rendue est assez considérable pour remplir plusieurs tasses dans les vingt-quatre heures; M. Barruel lui reconnaît les caractères de la salive. Nous-même avons pu observer un cas semblable, dont voici le résumé :

Obs. XI. — Jean-Benoît P... entre dans la salle Saint-Philippe le 15 avril 1857. Ce malade accuse, à la suite de la carie d'une des molaires du côté droit de la mâchoire supérieure, un abcès de la joue droite : la tumeur fut ouverte au bistouri per l'intérieur de la bouche et donna issue à une médiocre quantité de pus. Quelque temps après, une nouvelle tumeur indolente se manifeste au même endroit que la première, et, lorsque nous vîmes le malade, cette tumeur présentait le volume d'une noix, elle offrait à sa partie supérieure un petit pertuis par où la pression faisait sortir un liquide aqueux en affaissant en même temps la tumeur; la mastication augmentait considérablement l'écoulement de ce liquide, dont le malade rendait bien une bonne verrée à chaque repas et qui présentait tous les caractères de la salive parotidienne. Le malade, qui, outre la fistule salivaire, avait aussi une carie de l'os malaire, sortit guéri de ses deux affections.

On voit que dans ces différentes observations, un véritable kyste (accidentel. il est vrai) préexiste à l'épanchement salivaire; c'est, je crois, une condition indispensable pour la production de pareilles grenouillettes; un corps dur, une balle par exemple, peut bien s'entourer d'un kyste de nouvelle formation; un liquide qui, comme le sang, en se coagulant, rentre dans la catégorie des corps solides, ce liquide, dis-je, peut bien aussi se former de toute pièce une membrane d'enveloppe aux dépens des tissus environnants, mais je nie le fait pour tout autre liquide; alors ou bien de vifs accidents inflammatoires éclatent de toute part, comme on le voit dans le cas d'infiltration de certains liquides excrémentitiels, l'urine par exem-

ple, ou bien le liquide épanché peut être résorbé, comme on le voit pour certains œdèmes, mais jamais il ne s'enkyste.

D'après ce que nous venons d'établir sur la nature de la grenouillette, nous pouvons en résumer les différentes espèces dans le tableau suivant :

A. *Grenouillette consistant en une dilatation des conduits salivaires* (grenouillette SIALANGIQUE).

1° Aiguë ou active.........	du conduit de Warthon. des conduits de Rivinus.
2° Chronique ou passive....	du conduit de Warthon. des conduits de Rivinus.

B. *Grenouillette ne consistant pas en une dilatation des conduits salivaires* (grenouillette ASIALANGIQUE).

1° Grenouillette folliculaire.
2° Grenouillette lacuneuse primitive.
3° Grenouillette lacuneuse consécutive.

On voit que nous ne rangeons pas dans le cadre des grenouillettes une espèce particulière de kyste, le kyste hydatique, que l'on peut rencontrer partout, et que Goulin (1), au rapport de M. Bertherand, a trouvé dans le plancher buccal. Si nous refusons de reconnaître une *grenouillette hydatique*, ce n'est pas parce que nous nions la possibilité de l'existence d'acéphalocystes sous la langue, comme Ribes paraît porté à le faire, mais bien parce qu'il nous répugne de ne voir dans une hydatide qu'un kyste séreux. Soutenir

---

(1) *Biblioth. de méd.* de Planque, t. X.

une pareille doctrine, maintenant que le microscope a dévoilé la nature de ces productions hétéromorphes, serait aussi peu rationnel que de ne voir dans l'ovule fécondé et fixé à l'utérus qu'un simple kyste séreux morbide, parce qu'il est formé d'une enveloppe et d'un contenu en partie liquide. L'analogie, j'allais même dire la ressemblance, est saisissante entre l'ovule proligère et l'hydatide fertile, depuis surtout que M. Robin a démontré dans cette dernière l'existence d'une membrane (membrane fertile) aux dépens de laquelle naîtront par gemmation des échinocoques, comme l'embryon des animaux supérieurs va naître aux dépens de la membrane blastodermique.

SECONDE PARTIE.

TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE.

On a opposé à la grenouillette des moyens *médicaux* et des moyens *chirurgicaux*. L'emploi de ces divers moyens constitue deux modes de traitement, et leur exposition va faire le sujet de deux chapitres distincts.

CHAPITRE Ier.

Traitement médical de la grenouillette.

Les moyens médicaux sont généralement insuffisants ; aussi est-il peu de médecins qui les emploient, et préfère-t-on recourir immédiatement à la chirurgie. Il n'y a guère que les *antiphlogistiques* que l'on soit porté à mettre en pratique dans des cas assez rares de grenouillettes simples et de nature inflammatoire ; c'est le seul traitement que conseille Hippocrate contre son ὑπόγλοσσον (1), et Dupuytren rapporte une observation qui prouve les bons effets d'une pareille méthode.

Obs. XII. — Il s'agit d'une fille de 21 ans, mal réglée, qui portait sous la mâchoire inférieure du côté droit une tumeur dure formée par la glande sous-maxillaire ; depuis six ans que cet engorgement avait paru, il avait pris le volume d'un œuf de poule ; la tumeur était douloureuse au toucher, et la plus légère pression dé-

---

(1) Hippocrate, *de Morbis*, lib. II, cap. 10.

terminait dans la bouche le jet d'un liquide mêlé de pus et de salive. D'un autre côté, depuis trois semaines, il s'était formé sous la langue une autre tumeur due à l'accumulation de la salive dans le conduit de Warthon, elle paraissait sensiblement divisée en deux parties égales par le frein de la langue; elle était dure, résistante, la parole était gênée et présentait cette altération particulière qui a fait donner à la maladie le nom qu'elle porte; la respiration et la déglutition étaient difficiles. Dupuytren (1), en raison de la douleur, de la rougeur et de la résistance du conduit dilaté, crut devoir s'écarter de sa méthode, fit appliquer des sangsues, des émollients et recourut aux dérivatifs. Ces moyens furent suivis d'un prompt succès; au bout de vingt-quatre heures, il y eut une amélioration marquée, et le sixième jour, la malade quitta l'hôpital, n'ayant plus ni douleur ni tumeur dans la bouche, et la voix était revenue à son état naturel.

Si l'on avait affaire à la grenouillette passive ou indolente, à la grenouillette légitime, on comprend toute l'impuissance et même la nullité des moyens médicaux ; cependant, dans certains cas de dilatation des conduits salivaires, il est possible qu'en combattant l'atonie de ces conduits, qui a pu être la cause première de leur dilatation, on ait eu quelquefois raison de la maladie, il est possible encore que les sialagogues aient parfois aussi épargné aux malades les inconvénients d'une opération. C'est dans ces prévisions sans doute que J. Frank (2) attache un grand prix aux moyens que fournit la médecine, et qu'il recommande d'augmenter la tonicité du canal salivaire par des *fomentations vineuses et aromatiques,* en même temps que l'on excitera la sécrétion de la salive en mâchant ou la racine du *lapidium latifolium* ou d'autres substances *sialagogues.*

Macartan (3), dans le même but sans doute, conseille l'usage de la *moutarde,* qu'il préconise comme sialagogue, non-seulement contre la grenouillette, mais encore dans le traitement de l'angine tonsillaire. Les *purgatifs* eux-mêmes ont été vantés et recommandés

---

(1) *Leçons orales,* t. III, p. 127.

(2) *Médecine pratique.*

(3) Sédillot, *Recueil périodique de la Soc. de méd. de Paris,* t. XXXIV, p. 72.

contre la ranule; Soulier (1) prétend en avoir retiré de très-bons effets.

Voilà autant de moyens auxquels on pourrait avoir recours au début de la maladie, alors que la lésion est encore dynamique, alors que la nature peut encore en faire justice; plus tard, quand le malade se décide à venir réclamer des soins, lorsque la lésion est franchement organique, la médecine est impuissante; ce n'est plus que dans les moyens chirurgicaux que l'on peut avoir quelque espoir.

CHAPITRE II.

Traitement chirurgical de la grenouillette.

Si l'on a égard à la diversité de nature des tumeurs sublinguales que l'on comprend sous le nom de *grenouillette,* si d'une autre part on considère que ces affections siégent dans une région où il est impossible de maintenir les pansements et où le contact obligé et continuel de corps étrangers (tels que les aliments, les boissons, etc.) doit nuire aux résultats de toute opération, si surtout on fait la part des nombreux mouvements que la langue exécute incessamment et nécessairement, et qui sont bien faits aussi pour s'opposer aux efforts des chirurgiens, on comprendra sans peine combien de difficultés doit entraîner la guérison de la ranule, et dès lors combien de procédés ont dû être inventés sans cependant aplanir tous les obstacles, sans remplir entièrement toutes les indications. Ces procédés sont en effet excessivement nombreux; néanmoins ils se groupent tous autour de deux grandes idées chirurgicales, formant la base de de deux grandes méthodes de traitement.

---

(1) *Journal de médecine,* 1759.

Faire disparaître le kyste, ou bien donner au liquide contenu dans ce kyste une issue libre et facile : tel sera le sujet des deux paragraphes suivants.

§ 1er.

MOYENS QUI CONSISTENT A DÉTRUIRE LE KYSTE.

1° *Extirpation.*

Ce moyen assez barbare devait être un des premiers que la chirurgie essayerait : on est tout d'abord porté à supprimer un organe que l'on ne peut guérir, et l'histoire nous apprend que ce n'est que plus tard, alors que la nature et le mode de production de l'affection sont mieux connus, que l'on cherche à arriver par d'autres moyens à une cure dont on avait d'abord désespéré : la chirurgie conservatrice fait tous les jours de nouveaux progrès, éclairée qu'elle est par le flambeau de la physiologie pathologique; on comprend maintenant que détruire n'est pas guérir, et déjà le fer et le feu sont moins en honneur aujourd'hui que du temps de nos aïeux; aussi faut-il regarder assez loin derrière nous pour trouver l'extirpation de la grenouillette recommandée ou exécutée, c'est le seul procédé que Celse conseille contre les ranules un peu volumineuses, et on ne le trouve guère préconisé que par Mercurialis et Diemerbroeck : les chirurgiens modernes le rejettent avec raison à cause de la longueur, des difficultés sans nombre et des accidents qu'il entraine. Les malades qui sont condamnés à une pareille opération ont en perspective des douleurs longtemps prolongées, des accidents inflammatoires consécutifs très-intenses, des hémorrhagies très-sérieuses, et qui ont de tout temps préoccupé les auteurs. « Magna diligentia per « omnem curationem habita, dit Celse, ne qua major vena inci- « datur. »

C'est cette série d'accidents qui fait rejeter l'extirpation à Heister (1), quoiqu'il avoue que : « Longe optimum foret eosdem tumo- « res protinus una cum ipsis tunicis extirpare. » L'opération n'est pas complète, comme le fait remarquer Dupuytren, si, en enlevant le kyste, on n'enlève pas en même temps la glande; et le chirurgien qui commence une telle ablation n'est pas sûr lui-même de pouvoir l'achever : M. Malcolmson, dont nous avons rapporté l'observation, ne put enlever qu'une partie de la glande sous-maxillaire. On trouve, à la vérité, dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, une observation d'extirpation d'une grenouillette volumineuse; mais Boinet avoue que cette tumeur était pédiculée, et d'ailleurs cette opération était indiquée impérieusement par une maladie du maxillaire inférieur, la guérison fut complète, mais se fit attendre trois mois. Quant aux procédés d'Alix, de Loder, de Sabatier, et de M. Malgaigne, nous ne pouvons voir en eux de véritables extirpations : ces chirurgiens excisent de la tumeur le plus qu'ils peuvent, mais ils ne cherchent pas à l'enlever complétement.

1° *Des irritants.*

Frappé des accidents qu'entraînait le fer tranchant, on a demandé la destruction des kystes sublinguaux à d'autres moyens, et l'on a cherché à consumer la poche par des caustiques, ou bien à en déterminer l'oblitération par l'inflammation adhésive.

A. *Des caustiques.* Les caustiques que l'on a employés sont excessivement nombreux, mais leurs modes d'applications varient peu; on pratique à la grenouillette une large incision, ou l'on excise une portion de ses parois, et l'on agit directement alors sur la surface interne de la tumeur.

---

(1) *Heisterii Opera chirurgica*, sectio 2, cap. 89.

Dionis (1) recommande un mélange d'esprit de vitriol et de miel rosat, avec lequel il frotte rudement l'intérieur du kyste, « pour le faire exfolier, dit-il, et le faire consumer par ce traitement qui doit durer quelques jours. » Il recommande ensuite de fréquents gargarismes avec l'oxymel, et puis avec du vin austère, dans lequel il fait mettre un peu d'alun. Heister emploie le même traitement par lequel il se propose aussi de détruire la poche kystique : « Donec tu« nica penitus excesa et consumpta deprehendatur. »

Ce fut le nitrate acide de mercure que mit en usage dans le même but Clerc, cité par Louis (2) : il s'agit d'une grenouillette très-volumineuse, datant de vingt-deux ans, contenant une grande quantité de matière sablonneuse, et dont la guérison fut obtenue en un mois. Camper se sert du crayon de nitrate d'argent; M. Malgaigne ne l'emploie que comme adjuvant de l'excision partielle : enfin, confiant dans les puissants effets de la pâte de chlorure de zinc, M. Philippeaux (3) n'hésiterait pas à fendre la tumeur et à placer dans la poche un morceau de canquoin qu'il y laisserait quelque temps, de manière, dit-il, à amener l'exfoliation du kyste.

B. *Des cathérétiques.* A côté des caustiques, je placerai les substances irritantes moins actives que les précédentes, et auxquelles on a demandé non plus la destruction des parois de la poche, mais leur simple inflammation adhésive. Ici le nombre des agents employés est considérable; tout corps étranger est assez puissant pour entraîner l'inflammation que l'on désire; tout le monde se rappelle la série d'accidents qu'entraîna, dans un cas rapporté par M. Velpeau, la présence d'une simple soie de sanglier dans le canal de Warthon (4).

---

(1) *Cours d'opérations.*

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.*

(3) *Traité de la cautérisation.*

(4) *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 444.

Paracelse avait recours aux substances styptiques, Purman et Viell l'ont imité; Acrel introduisait dans la tumeur un bourdonnet de charpie imbibé d'esprit de sel; Callisen se servait d'acides minéraux; Sprengel cite un chirurgien de Saltzbourg qui employait de la même manière la térébenthine ou l'eau-de-vie camphrée : M. Duval (1) préconise, au lieu de l'excision que Lisfranc avait mise en honneur, une large incision et de fréquents lavages avec le vin pur. La charpie seule est assez irritante pour avoir paru suffisante à un grand nombre de chirurgiens : le kyste ouvert et vidé est garni de bourdonnets de charpie sèche que l'on renouvelle tous les jours, la suppuration s'établit bientôt et la poche ne tarde pas à s'oblitérer; cette pratique, qui était celle de Callisen, est souvent encore imitée de nos jours.

Quelques praticiens employaient aussi dans le même but le séton ou les mèches de linge ou de charpie; mais ces moyens qui agissent plutôt en déterminant des ouvertures fistuleuses, qu'en entraînant l'inflammation adhésive de la poche, trouveront naturellement la place qui leur convient dans le paragraphe suivant :

Injection. J'arrive à un autre mode d'emploi des cathérétiques : ce n'est plus par une large incision ou par une excision partielle des parois de la grenouillette, que l'on va porter l'agent irritant dans l'intérieur de la tumeur; c'est par une simple ponction, épargnant ainsi au malade une douleur souvent assez vive, des hémorrhagies quelquefois inquiétantes, ou les inconvénients d'une réparation toujours trop longue. Cette nouvelle méthode opératoire, en mettant l'intérieur du sac à l'abri de l'air, entraînera l'inflammation adhésive sans la pousser nécessairement jusque à la suppuration, et même, suivant M. Boinet, pourra amener la guérison en imprimant aux parois de ce sac une simple modification vitale, suffisante pour

(1) Académie royale de Médecine, 1838.

s'opposer à une nouvelle hydropisie. On comprend que nous voulons parler de l'injection, et si cette nouvelle méthode doit tenir ses promesses, on est étonné, avec M. Velpeau, qu'elle n'ait pas été employée plus tôt dans le traitement des kystes sublinguaux, alors qu'elle était généralement admise contre l'hydrocèle vaginale par exemple.

On a injecté dans la grenouillette de nombreux liquides irritants, mais celui auquel on donne généralement aujourd'hui la préférence, c'est la teinture d'iode : les heureux résultats que quelques chirurgiens ont rétiré de cette injection nous obligent à lui consacrer quelques lignes.

Pressentie par M. Velpeau (1) en 1839, l'injection iodée ne fut pourtant essayée, pour la première fois, qu'en 1843 ; c'est M. Bouchacourt qui fut conduit par l'analogie à une pareille pratique, et ses prévisions furent justifiées par trois succès obtenus, l'un en 1843 (2), les autres quelques années plus tard, en 1846. En 1842, M. Maisonneuve réussissait aussi en suivant l'exemple qui lui était offert ; l'impulsion était donnée, et l'injection iodée devint bientôt à la mode : en 1849 cependant, M. Jobert (3) a deux insuccès et même quelques accidents, toutefois M. Borelli (4) n'est pas découragé, et de 1852 à 1854, il guérit les six malades qu'il opéra ; depuis lors, les revers se multiplièrent, et l'engouement tomba peu à peu : M. A. Bérard, à l'hôpital Saint-Antoine, n'a presque que des insuccès ; M. Nélaton échoue si souvent qu'il abandonne complétement une méthode dont les débuts avaient été si trompeurs, et M. Denonvilliers (5), malgré quelques succès, préfère les injections de vin aux injections iodées ; pendant que M. Robert est conduit par son

---

(1) *Médecine opératoire.*

(2) *Bull. de thérap.*, 1843.

(3) *Chirurgie plastique.*

(4) *Gaz. méd. des États Sardes.*

(5) Société de médecine du département de la Seine, 1854.

expérience à inciser largement la tumeur et à en déterminer la suppuration par la teinture d'iode qu'il emploie en lavage, mais non plus en injection. Des accidents et la récidive, voilà ce que l'on reproche à la teinture iodée, elle agit trop ou elle n'agit pas assez, c'est ce que pourront faire apprécier et les propriétés de la teinture d'iode, et la nature même de la grenouillette.

M. Boinet reconnaît que la teinture d'iode détermine très-rarement des adhérences dans la cavité des kystes où on l'injecte, admettant que la guérison survient alors à la suite d'une modification dans la vitalité des parois de ces tumeurs kystiques : une guérison ainsi obtenue peut-elle être regardée comme définitive? Comment savoir après l'injection si l'on a obtenu cette modification dans la vitalité des tissus? et même, en supposant qu'on ait été assez heureux, combien de temps pourra persister cette modification, la poche existe encore, qui prouve qu'elle soit désormais à l'abri de l'hydropisie? le chirurgien ne peut se défendre dans ces cas, d'un doute qu'il ne partagerait pas, si la cavité du kyste avait été oblitérée par des adhérences et qui se trouve justifié par les récidives assez nombreuses qu'entraînent les cas d'injections iodées : si l'on voit des guérisons se maintenir à la suite d'un pareil traitement, ne doit-on pas les attribuer à des oblitérations que le raisonnement faisait prévoir, et que les autopsies de M. Hutin (1) sont venues confirmer? Convaincu que la disparition de la cavité de la grenouillette par l'adhérence de ses parois était le plus sûr garant de sa cure radicale, M. Denonvilliers (2) abandonne la teinture d'iode, qui n'entraîne ce résultat que d'une manière douteuse, pour employer dans ses injections le vin pur, qui plus sûrement amène l'inflammation adhésive sans occasionner, si on l'emploie tiède, les graves accidents qu'on lui avait reprochés et qui ne sont dus qu'à une trop grande quantité de calorique.

---

(1) Autopsies d'hydrocèles traitées par l'injection iodée (*l'Union méd.*, 1849).

(2) Société de médecine du département de la Seine.

Mais non-seulement la teinture d'iode est infidèle, elle n'est pas toujours exempte de dangers. Que par suite d'un mouvement involontaire si fréquent chez les opérés, et qu'il est si difficile de réprimer complétement, la canule du trois-quarts vienne à se déplacer, qu'une partie de l'injection file dans le tissu cellulaire, on comprend toute la série d'accidents qui pourra en résulter. M. Malgaigne eut une gangrène effroyable des bourses à la suite d'une injection iodée malheureuse pour la cure d'une hydrocèle. M. Jobert, dans une injection iodée de grenouillette, vit survenir le même accident autour de sa piqûre. Mais je suppose que l'opération ait été bien faite : l'iode est si difficile à bien doser que l'on sera encore exposé ou à ne pas atteindre le degré voulu d'inflammation ou à le dépasser. M. Mialhe (1) fait remarquer que les liquides aqueux contenus dans les kystes précipitent une très-forte proportion d'iode insoluble dans l'eau, et que ce corps, s'il est en suffisante quantité, peut, en se combinant avec les principes albuminoïdes des membranes, agir sur elles comme un véritable caustique et entraîner ces inflammations quelquefois si graves que l'on observe sans raison apparente dans certains cas d'injections iodées. C'est ce peu de certitude que l'on peut avoir sur les résultats d'une pareille injection qui a fait remplacer à M. Robert cette opération par le simple lavage avec la teinture d'iode. « Des deux derniers malades que j'ai opérés, dit ce chirurgien, en 1855, à une des séances de la Société de médecine du département de la Seine, l'un porte encore, cinq mois après son opération, dans la région sublinguale, une tumeur dure, douloureuse, du volume d'une noisette ; chez l'autre, la glande sous-maxillaire est tuméfiée, sensible, la douleur est très-vive et s'étend jusqu'à l'angle de la mâchoire ; il est à craindre qu'un abcès ne vienne se développer en cette région. »

Je ne puis passer sous silence les difficultés quelquefois très-

---

(1) *Traité de chimie appliquée à la thérapeutique.*

grandes que trouve le chirurgien lorsqu'il veut évacuer le liquide épais et visqueux qui est contenu dans la grenouillette par la canule souvent assez étroite du trois-quarts qu'il est obligé d'employer. M. Richard (1), dans un cas, fut obligé de pratiquer à la tumeur une large incision et, après avoir vidé le kyste, de resserrer les lèvres de la plaie autour du trois-quarts pour pousser l'injection, puis de refermer cette ouverture par une forte ligature : la suppuration survint cependant, malgré toutes ces précautions. Il ne faudrait pas croire qu'il soit sans importance de vider soigneusement le kyste sublingual avant d'y pousser l'injection iodée : l'action de l'iode sur les liquides albumineux prouve qu'une pareille négligence serait plus qu'une imprudence. Dans un travail très-intéressant, M. Briquet (2) a prouvé que l'iode déterminait dans le sérum du sang un coagulement très-épais, grenu et grisâtre, et que, si l'on faisait agir la teinture d'iode sur un caillot fibrineux retiré du sérum du sang, on obtenait un corps offrant la consistance du caoutchouc, et qui à l'air obtenait bientôt la dureté du cuir le plusferme. Ces faits sont contraires à ce qu'avance M. Forget (3), qui attribue la propriété coagulante de la teinture d'iode à l'alcool plutôt qu'à l'iode; mais ils sont conformes à ce que révèlent et les expérimentations du laboratoire et les observations cliniques. Voici un fait emprunté à la pratique de M. Dolbeau, et qui confirme les résultats des recherches de M. Briquet :

Obs. XIII. — Une femme de 39 ans porte depuis sept ans un volumineux kyste de l'ovaire, la ponction évacue environ 7 litres d'un liquide aqueux. On place dans l'ouverture une sonde à demeure, on pratique plusieurs injections de teinture d'iode au tiers, et l'on en laisse à chaque séance une bonne partie dans la cavité du kyste. La malade meurt quinze jours après la ponction.

---

(1) Mémoire lu à la Société de médecine du département de la Seine, 1855.

(2) Mode d'action de la teinture d'iode employée en injection dans les kystes (*Gaz. hebd.*, 1857).

(3) Société de médecine du département de la Seine, 5 mai 1855.

A l'autopsie, on trouva la surface interne du kyste tapissée par une sorte de membrane de couleur jaunâtre, très-résistante, et d'une épaisseur qui varie de 1 à 5 millimètres; des parcelles de cette membrane se trouvent dans le liquide que contient le kyste, elle est évidemment formée par une combinaison d'iode et de matière organique, elle ne renferme aucun vaisseau, on la sépare facilement de la paroi du kyste.

Qui ne comprend la possibilité de la production de pareils phénomènes dans les kystes sublinguaux? Dans un grand nombre de cas, les insuccès ou les accidents qui ont suivi l'injection iodée des grenouillettes ne reconnaissent peut-être pas d'autres causes. C'est pour éviter de tels mécomptes que M. Denonvilliers emploie toujours le lavage à l'eau tiède avant de pousser son injection; il dépouille ainsi les parois du kyste du liquide visqueux qui les tapisse et qui les protége, de sorte que l'injection agit plus facilement et plus sûrement. M. Boinet ne voit dans cette pratique qu'une précaution à peu près inutile. D'après un mémoire publié en 1855 (1), elle serait au moins inoffensive. Préviendra-t-elle toujours les récidives? C'est ce dont il est permis peut-être de douter, si nous examinons l'influence que doit exercer sur leur traitement la diversité de nature des affections comprises sous le nom de grenouillette.

Nous avons en effet montré dans la première partie de ce travail que, de toutes les diverses espèces de ranules, les plus rares étaient sans contredit les ranules de nature séreuse, et que la grenouillette de Fleischmann n'est pas encore établie sur des preuves irrécusables. Les kystes sublinguaux les plus fréquents sont des kystes muqueux, dont les parois, protégées par une couche plus ou moins épaisse de cellules épithéliales, sont assez difficilement modifiées par des injections simplement irritantes, et présentent une structure que favorise peu la formation des adhérences; on comprend dès lors quelle faible action les injections iodées doivent le plus souvent

(1) Denonvilliers, *Gaz. hebd.*, 1855.

avoir sur elles et combien il serait faux d'établir les effets de ces injections dans la grenouillette d'après les résultats qu'elles amènent sur les membranes séreuses, si prédisposées à voir leur cavité s'oblitérer par la moindre inflammation. Je ne veux pour preuve de ce que j'avance que les nombreux exemples d'adhérences anciennes qu'il est si fréquent de rencontrer sur le cadavre, soit dans les plèvres, soit même entre les divers feuillets du péritoine.

§ II.

MOYENS QUI CONSISTENT A ÉTABLIR SUR LA TUMEUR UNE OUVERTURE PERMANENTE.

L'insuffisance de la méthode précédente, ainsi que les accidents qu'elle entraînait parfois, ont conduit les chirurgiens à tenter la guérison par de nouveaux moyens, et la découverte de la dilatation des canaux salivaires, en comparant la grenouillette à la tumeur lacrymale, a fait trouver dans la ranule les mêmes indications que l'on s'était proposé de remplir dans le traitement de la dilatation morbide des voies lacrymales : donner un libre écoulement au liquide contenu dans le kyste, soit en désobstruant les voies naturelles, soit en en ouvrant de nouvelles: voilà les deux problèmes que l'on s'est posés, et voici les moyens que l'on a mis en usage pour les résoudre.

A. *Rendre aux voies naturelles leur liberté normale.*

C'est là la première, la principale indication que le raisonnement a dû suggérer, lorsque le mal reconnaît pour cause une obstruction des conduits salivaires : tous les chirurgiens sont unanimes pour recommander l'extraction des calculs qui, par leur présence, viendraient mettre obstacle au cours de la salive ; tous les accidents tombent bien vite, dès que la cause première a disparu.

Si les conduits excréteurs étaient obstrués par une autre cause, par une lésion de leurs parois ou de leurs méats, par exemple, les moyens à employer devraient être différents. Louis a retiré de très-bons effets de la dilatation par le cathétérisme gradué de ces conduits, et il préconise cette méthode: la dilatation rend tous les jours, en effet, des services dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales ou des rétrécissements de l'urèthre ; c'est un moyen inoffensif, et qu'assurément les malades préféreraient à tout autre, s'il était toujours possible ; mais tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que le cathétérisme des voies salivaires est excessivement difficile, et nous croyons que, lors même qu'il serait d'une exécution moins laborieuse, il n'amènerait jamais une guérison radicale ; sans parler, en effet, des nombreux cas de grenouillettes asialangiques, où il est évident qu'une pareille opération n'a rien à faire, si la dilatation morbide des conduits salivaires reconnaît pour cause l'atonie ou la paralysie de ces conduits, on comprend le peu de bénéfice que l'on retirerait de tous les moyens qui consistent à rendre libres des voies qui ne sont pas obstruées; mais, en admettant même que la grenouillette soit réellement le résultat d'une lésion organique du méat ou des parois des canaux de Warthon ou de Rivinus, quels effets pourrait-on attendre de la dilatation simple, quand tous les chirurgiens sont d'accord pour ne voir en elle qu'un moyen palliatif dans la cure des rétrécissements des conduits muqueux, des rétrécissements de l'urèthre, par exemple ? Le peu de succès que M. Desnos (1) retira de ce moyen contre un rétrécissement du canal de Stenon vient encore ajouter au peu de confiance que l'on doit avoir en lui ; ce chirurgien employa toute la série des cordes de violoncelle, mais sans succès durable ; il survint même, à la suite de ces cathétérismes répétés, une inflammation qui força à suspendre le traitement. Le cas que rapporte Louis est le seul, jusqu'ici, où une

---

(1) Observation citée.

pareille pratique ait paru réussir; mais l'auteur semble avoir perdu son malade de vue: il est permis de penser que la guérison ne s'est pas maintenue.

Nous pouvons conclure de ce qui précède, que le plus souvent le cathétérisme des voies salivaires n'est pas indiqué, et que dans les cas contraires, ou bien il est impraticable, ou bien il ne fait que pallier le mal.

B. *Ouvrir de nouvelles voies à l'écoulement du liquide.*

1° Ponction ou incision simple. La ponction ou l'incision simple furent les premières opérations que l'on essaya contre la grenouillette, mais bientôt on se convainquit de l'insuffisance d'un pareil moyen, et les nombreux cas de récidive qu'il ne saurait prévenir prouvent assez le peu de confiance que l'on doit avoir en lui. La plaie se cicatrise bientôt et la tumeur se reproduit, quelles qu'aient été les précautions qu'on ait prises pour en évacuer le contenu, comme le recommande Forest.

Si la ponction ou l'incision simples ne sont que des moyens palliatifs, ils peuvent néanmoins rendre des services, et on les emploierait avec raison dans certains cas de grenouillettes volumineuses, avant d'avoir recours à d'autres moyens curatifs. L'observation a démontré en effet que des ponctions successives pouvaient diminuer la cavité de certains kystes énormes, en supprimant la dilatation quelquefois considérable que les parois de ces kystes avaient à supporter, et en leur rendant ainsi une partie de leur tonicité. M. Bourguet, d'Aix (1) rapporte un nombre considérable de faits à l'appui de cette thèse, et nous-même avons pu apprécier les heureux résultats que M. Barrier a retirés de plusieurs ponctions successives dans deux cas d'hydrocèles très-volumineuses; les tumeurs qui auparavant

---

(1) *Gaz. méd. de Paris,* 1857.

descendaient jusqu'au quart inférieur de la cuisse, finirent par acquérir des dimensions qui permirent, sans danger et avec espoir du succès, l'emploi de l'injection iodée. On retirerait, sans aucun doute, des avantages précieux d'une pareille conduite dans quelques cas de kystes sublinguaux d'un grand volume.

Frappés de la facilité avec laquelle ces plaies, produites par incision ou par ponction, se cicatrisaient, les chirurgiens ont cherché les moyens d'empêcher cette cicatrisation, et de là est née une foule de procédés, dont voici les principaux :

a. *Ponctions multiples*. Ce fut Six, le premier, qui, au rapport de M. Velpeau, eut recours à ce procédé ; il perfore la tumeur d'outre en outre, et en exprime le contenu par la pression. Inutile d'ajouter que les deux ponctions se cicatrisèrent chacune, comme si elle eût été seule, et que le mal se reproduisit.

b. *Larges incisions*. « Dans les cas simples et ordinaires, dit Louis (1), une petite incision est insuffisante ; il faut, pour prévenir le renouvellement de la tumeur, que l'incision soit aussi étendue qu'elle ; il n'y a aucun danger à la prolonger ainsi. » Le même insuccès arrive cependant à la suite des larges incisions, et quoique la plaie présente l'étendue que lui donne Louis, elle finit par se cicatriser tout aussi bien qu'une plaie de moindre dimension, et là récidive a lieu.

c. *Plaie contuse*. M. Bonfils, de Nancy (2), remarquant que la cicatrisation des plaies contuses était longue et difficile, imagina de mettre à profit cette donnée de physiologie pathologique pour la cure des tumeurs enkystées. Après avoir fait à la tumeur une ponction avec le trois-quarts ou avec la lancette, il agrandit cette ouverture en introduisant dans le kyste des ciseaux mousses fermés,

---

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.*

(2) Mémoire présenté à l'Académie de Médecine, 1843.

qu'il retire en les ouvrant, de manière que le dos des lames presse sur la commissure de la plaie. Ce procédé a été employé pour des kystes de l'ovaire, des hydrocèles, des kystes péri-articulaires, des goîtres kystiques, des kystes de la mamelle; l'analogie l'indiquerait dans certains cas de grenouillette, mais nous doutons du succès d'une pareille pratique, surtout si nous remarquons que, dans presque tous les cas que rapporte M. Bonfils, il est obligé d'aider l'action de ses ciseaux par des grattages qu'il pratique dans l'intérieur du kyste, ou des bandelettes de linge qu'il introduit entre les lèvres de la plaie.

d. *Écrasement linéaire.* Nous désignerons sous ce nom le procédé de M. Vandomelen, en raison de la grande analogie qu'il offre avec l'opération à laquelle M. Chassaignac donne cette dénomination. M. Vandomelen pratique sur la tumeur une incision non plus avec l'instrument tranchant, mais par la compression linéaire; voici l'exposition qu'il fait lui-même de son procédé, et l'observation qu'il cite à l'appui (1).

Obs. XIV. — Le caporal C..., âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, vint en 1852 à l'hôpital de Flessingue (Hollande), pour se faire débarrasser d'une grenouillette tellement développée que la langue était en quelque sorte accolée contre la voûte palatine.

Voici comment j'opérai : le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide aide placé derrière lui, pendant qu'un autre tenait les mâchoires écartées au moyen d'un bouchon entre les dents; je plongeai dans la partie postérieure de la tumeur de gauche à droite une longue aiguille courbe armée d'une large ligature composée de quatre fils cirés et destinés à rester dans le kyste; ses deux extrémités furent nouées sur celui-ci au moyen d'un simple nœud dont les bouts furent abandonnés dans la bouche, où ils ne gênèrent nullement.

Trois semaines plus tard, la ligature tomba, et le liquide qui s'était écoulé par l'incision de la poche ne reparut plus. La guérison ne s'est pas encore démentie jusqu'à ce jour.

---

(1) *Flandre occidentale*, 3e année, 4e livraison.

Ce procédé offre des garanties de succès plus nombreuses que les précédents; lorsque la ligature tombe, il est possible que les lèvres de la solution de continuité se soient déjà cicatrisées isolément, et que dès lors elles soient impropres à se réunir; mais, même en admettant qu'il en soit ainsi, la récidive est-elle prévenue, est-elle désormais impossible? C'est ce dont nous permettront de douter les considérations qui vont suivre.

e. *Corps étrangers maintenus entre les lèvres de la plaie.* Nous ne voulons pas parler ici de l'emploi que les chirurgiens ont fait des corps étrangers pour déterminer l'inflammation adhésive ou la fonte purulente du kyste sublingual; nous avons déjà jugé ce procédé dans le paragraphe précédent, nous n'envisagerons maintenant ces moyens que comme devant amener la formation d'une ou de plusieurs ouvertures fistuleuses sur les parois de la tumeur.

On a combiné l'usage des corps étrangers avec l'incision simple ou avec l'incision double de Six; de ces deux manières principales de les employer sont résultés plusieurs procédés dont nous allons examiner la valeur : le séton, qui se propose de maintenir fistuleuses deux ouvertures sur le kyste, et la mèche de Sabatier, ainsi que la canule de Lecat, modifiée par Dupuytren, qui se proposent de n'établir qu'une seule fistule.

α. *Séton.* Employé pour la première fois par Physik, ce moyen fut préconisé en Angleterre par Lloy, et introduit en France par M. Laugier (1), qui, ignorant les travaux du chirurgien transatlantique, avait eu la même pensée que lui.

Le diamètre des deux ouvertures faites par l'aiguille doit être plus considérable que celui du cordon qu'elle entraîne, et, pour remplir cette indication, M. Laugier veut que le corps de l'instru-

(1) *Journal hebdomadaire*, 1828.

ment soit de beaucoup plus large que l'extrémité où se trouve le chas. Une fois engagé à travers la tumeur, le corps étranger est maintenu par un simple nœud, et reste en place un temps variable, suivant les auteurs, jusqu'à ce que la cicatrisation de chaque incision se soit opérée. M. Lenoir le laisse un mois, très-souvent on est obligé de dépasser cette limite.

Il est inutile d'énumérer le nombre de substances que l'on peut employer dans la fabrication de ces sétons ; les mèches de coton sont le plus souvent mises en usage, des mèches de crin ou de soie s'altéreraient peut-être moins promptement dans la bouche. C'est pour éviter cette altération que quelques chirurgiens se servent du séton métallique. M. Lenoir a recours habituellement au séton de plomb, et M. Pétrequin (1), qui en fait un usage si fréquent dans l'hydrocèle, dit en avoir retiré de bons effets dans un cas de grenouillette.

Outre l'inconvénient de la formation des concrétions calcaires qu'entraîne souvent le séton, surtout le séton métallique, on peut reprocher à ce procédé la gêne insupportable qu'il occasionne aux malades, la fétidité qu'il imprime à l'haleine et à la salive, que le malade est obligé de rejeter continuellement au dehors d'une manière dégoûtante. A ces effets, qui sont peut-être plus que de simples inconvénients, on doit joindre les nombreux accidents inflammatoires qu'entraîne souvent un pareil moyen, et dont nous avons pu nous-même être témoin. Que ne serait-on pas du reste porté à redouter du séton, quand on lit dans M. Velpeau les tristes résultats produits par une arête de poisson engagée dans le canal de Stenon, ou un simple brin de paille ou une soie de sanglier dans le canal de Warthon !

Le malade peut-il acheter, au prix des ouffrances si grandes et si longtemps prolongées, les bénéfices d'une cure radicale et les ga-

---

(1) *Anatomie chirurgicale.*

ranties de l'impossibilité de la récidive? C'est ce que l'on ne saurait affirmer; une fois le corps étranger enlevé, on n'a obtenu que deux petites ouvertures linéaires, dont le peu d'étendue n'offre même pas les garanties de succès de l'opération de Vandomelen, et la récidive se reproduit par le même mécanisme.

β. *Mèches.* Que penser maintenant de la simple mèche que quelques chirurgiens se contentent d'introduire dans l'incision, qu'ils renouvellent à chaque pansement, et qu'ils enlèvent quand la cicatrisation des bords de la plaie paraît complète? Un pareil moyen aurait peut-être sur le séton l'avantage d'être moins embarrassant pour le malade; mais, quoique Sabatier le regarde comme suffisant, nous ne pouvons que lui attribuer le peu d'efficacité que le séton a le plus souvent.

γ. *Canule à demeure.* Sabatier, que M. Velpeau cite comme ayant le premier indiqué l'emploi de la canule, ne mérite cependant pas qu'on lui attribue l'honneur d'un tel procédé. Sabatier, en effet, ne laissait la canule dans la plaie que momentanément jusqu'à ce qu'elle soit devenue calleuse, comme il le dit lui-même; une telle pratique doit rentrer dans le procédé précédent, mais ne peut trouver place à côté de celle de Le Cat ou de Dupuytren.

Ce fut Le Cat (1) qui, le premier, eut l'idée de laisser continuellement un corps étranger entre les lèvres de la plaie, l'expérience lui ayant appris que celle-ci se refermait aussitôt qu'elle était abandonnée à elle-même, quoique la cicatrisation de ses bords soit complète. L'instrument que Le Cat employait était une canule étranglée à son milieu et terminée en pavillon d'un côté et en boule d'arrosoir de l'autre. Dupuytren modifia ce petit instrument: il le creusa

(1) Richard de Hautesierck, t. Ier, p. 403.

dans le principe d'un canal pour l'assimiler à la canule qu'il employait dans la fistule lacrymale, mais reconnaissant bientôt que cette modification était insignifiante, il se contenta de diminuer le volume de l'instrument, de changer la forme de ses extrémités, qu'il rendit elliptiques, et l'on ne parla bientôt plus de cette canule que comme de la canule inventée par Dupuytren et du procédé que comme de la méthode imaginée par Dupuytren.

La canule à demeure remplissait une indication fondamentale; elle s'opposait au rétrécissement de l'ouverture pratiquée sur le sac, elle était un obstacle invincible à la récidive, aussi eut-elle des succès et quelques partisans (1). Mais à quel prix le malade devait-il acheter sa guérison? La présence continuelle de ce corps étranger dans la bouche était bien une nouvelle infirmité à laquelle on le condamnait, et qui devait gêner tous les mouvements de la langue et toutes les fonctions qu'ils sont appelés à remplir. M. Vidal (de Cassis) (2) montre de plus que souvent la canule à demeure a été la source d'accidents inflammatoires, et s'affranchir d'une pareille servitude c'était se condamner à la récidive, comme le prouve, entre mille autres, un fait que rapporte Dupuytren lui-même, dans lequel l'ouverture près d'un mois après l'opération se refermait si le malade négligeait de conserver en place l'instrument dont il devait subir la présence.

2° Excision partielle. Dans ce nouveau procédé, on ne se propose plus seulement de pratiquer l'ouverture du kyste par une simple division linéaire des tissus, mais bien en créant sur les parois du sac une perte de substance plus ou moins étendue : on espère que l'ouverture ainsi obtenue sera moins prompte à s'oblitérer, soit que la cicatrisation isolée des lèvres de la plaie se produise plus

---

(1) D[r] Graut, Société de médecine de Rouen, 3[e] bulletin, 1853. Observation d'une grenouillette volumineuse guérie par l'emploi de la canule.

(2) *Pathologie externe.*

facilement, soit que la perte même de substance offre une suffisante garantie de succès.

a. *Excision par l'instrument tranchant.* D'une exécution assez facile ; cette opération a été pratiquée très-anciennement. Tulpius la préférait à l'extirpation complète du kyste, si difficile et si dangereuse; plus tard, cette pratique trouva de nombreux partisans : J.-L. Petit, Desault, Richter, l'ont adoptée; Boyer la préconisait, et aujourd'hui encore, M. Jacquemin (1) préfère une large excision a l'injection iodée que vante M. Boinet; M. Gosselin se range à l'opinion de Boyer, et M. Malgaigne (2) partage complétement ces idées.

Un pli est fait à la tumeur avec une forte pince, et un coup de bistouri ou de ciseaux, en retranchant la partie saisie par cet instrument, pratique facilement l'ouverture voulue; Boyer (3) recommande dans une telle opération de bien s'assurer que l'on a intéressé le kyste lui-même, car souvent, dit-il, le chirurgien n'enlève qu'une portion plus ou moins grande de la muqueuse, qui se laisse plus facilement saisir par la pince, en raison de sa mobilité, et la poche morbide elle-même est à peine ouverte : il suffit d'être prévenu contre une pareille possibilité pour l'éviter.

Malgré tous les avantages que présente cette excision partielle, on lui a trouvé assez d'inconvénients pour arriver encore à la modifier de diverses manières. L'instrument tranchant, a-t-on fait remarquer, est toujours effrayant pour le malade; les hémorrhagies, qui sont si fréquentes après l'emploi des ciseaux ou du bistouri, sont quelquefois inquiétantes, et amènent souvent une fâcheuse complication ; enfin une plaie par instrument tranchant est plus dispo-

---

(1) Société de médecine du département de la Seine, 1855.

(2) *Médecine opératoire.*

(3) *Pathologie externe.*

sée que toute autre solution de continuité à la cicatrisation, le maintien de l'ouverture n'est donc pas assuré.

C'est pour se mettre plus sûrement à l'abri de la récidive, que Lisfranc (1) conseille de joindre à l'excision la précaution de promener tous les jours un stylet mousse sur les bords de la plaie pour détruire toute réunion commençante : cette pratique, que nous ne pouvons nous empêcher de comparer à celle que M. Bonfils met en usage après l'incision, doit avoir la même insuffisance.

b. *Excision par les caustiques.* Brûler une partie des parois du kyste au lieu de la retrancher, voilà en quoi consiste le but que le chirurgien cherche à atteindre dans ce mode opératoire. Différents caustiques ont été employés pour remplir cette indication, le fer rouge est sans contredit le plus facile à manier, c'est celui que préfèrent un grand nombre de praticiens.

α. *Fer rouge.* Ambroise Paré (2) avait imaginé une sorte de trois-quarts qu'il faisait rougir à blanc, et qu'il enfonçait dans la tumeur à travers une ouverture pratiquée sur une plaque métallique, afin de protéger les parties environnantes contre l'action du feu. Fabrice d'Aquapendente faisait passer le stylet rougi à travers une canule fenêtrée. Plus tard Louis reconnaît au fer rouge les avantages qu'on lui avait attribués : « Ce moyen, dit-il (3), paraît aussi efficace que l'incision, mais moins douloureux et préférable en ce que l'on serait assuré de former l'ouverture de la tumeur pour l'excrétion permanente de la salive, dans la partie la plus éloignée du devant de la bouche, et de mettre ainsi les malades à l'abri de l'inconvénient de baver continuellement ou d'éjaculer la salive sur les personnes à qui ils parlent. » Portal préconise aussi le cautère actuel, et M. Lar-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1828.

(2) *OEuvres complètes*, t. Ier, p. 382; Paris, 1840.

(3) *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

rey, qui l'employait très-fréquemment, conseille de traverser la tumeur de part en part afin de déterminer à la fois deux ouvertures qui pourront rester béantes. De nos jours encore, le cautère actuel trouve de nombreux partisans ; M. Vidal (de Cassis) (1) s'en servait à la manière d'Ambroise Paré, dont il remplaçait la plaque métallique par une simple plaque de carton mouillé.

On ne saurait méconnaître les bénéfices d'un pareil moyen ; d'un maniement sûr et facile, le fer rouge a une action instantanée, détermine une eschare sèche, bien limitée, n'attaque que la partie que l'on veut frapper et respecte les tissus environnants. Voilà des avantages assez précieux, mais l'effroi qu'il inspire toujours aux malades empêche d'en généraliser l'emploi ; obligés de céder à cette répugnance, mais ne voulant pas renoncer aux bénéfices de l'excision partielle par la cautérisation, les chirurgiens ont dû s'adresser aux caustiques chimiques.

β. *Caustiques liquides.* Tous les caustiques liquides pourraient être employés dans le but de créer sur la tumeur une ouverture fistuleuse; Boyer, qui leur préférait le fer rouge, se servait quelquefois cependant du nitrate d'antimoine liquide, il trempait un petit bourdonnet de charpie dans le liquide caustique et, après l'avoir essuyé soigneusement, il l'appliquait sur la partie moyenne de la grenouillette et l'y maintenait quelques secondes ; il entraînait ainsi la formation d'une eschare et, par suite l'ouverture, de la poche. On pourrait employer de la même manière les acides minéraux concentrés; mais le peu de promptitude d'action des caustiques liquides, la difficulté de les employer avec sûreté dans une région aussi délicate que la région sublinguale, le peu de régularité de l'eschare qu'ils produisent, sont autant de raisons qui doivent les faire rejeter et qui doivent leur faire préférer les caustiques solides.

---

(1) *Pathologie externe.*

γ. Caustiques solides. Comment appliquer et maintenir sous la langue un caustique solide, assez longtemps pour qu'il puisse agir et avec assez de sûreté pour localiser son action en un point, et en préserver les parties environnantes? Telle était la difficulté à surmonter. M. Levrat-Perroton a résolu le problème d'une manière aussi simple qu'ingénieuse; voici, d'après une note que je dois à l'obligeance de mon excellent collègue et ami Francisque Levrat-Perroton, l'exposition que le médecin de Lyon fait lui-même de son procédé, avec une des nombreuses observations qui en prouvent le succès. Je laisse parler l'auteur.

Obs. XV. — M[lle]. A..., âgée de 20 ans environ, belle carnation, rarement malade, bien menstruée, s'aperçut, dans le courant de 1847, d'une petite tumeur située sous le côté droit de la langue; cette tumeur se développe lentement et acquiert en quelques mois le volume d'un gros œuf de pigeon, elle devient alors pénible et gène les fonctions de la langue. C'est dans un tel état que la jeune malade m'est amenée par sa mère dans mon cabinet. Après avoir rassuré ma consultante sur l'issue de cette tumeur, je lui propose d'employer l'excision ou la cautérisation actuelle; l'un et l'autre de ces moyens furent rejetés et par aimable composition ma malade accepta le suivant.

Je pris le canon d'une grosse plume d'oie et le coupai à ses deux extrémités dans la partie la plus évasée, puis j'y adaptai un mandrin en bois. Cet instrument ainsi disposé, je plaçai à l'une de ses extrémités une suffisante quantité de pâte de Vienne, je l'appliquai sur la tumeur enkystée et la refoulai avec le mandrin. Après l'avoir maintenu en place quelques instants, le caustique avait produit une eschare de la dimension d'un centime. Je fendis cette dernière avec une lancette et donnai issue à la matière glaireuse que la grenouillette renfermait; puis, comme le pratiquaient Boyer et Roux, j'abandonnai les frais du traitement consécutif à la nature à l'exception d'un gargarisme avec miel rosat, décoction de têtes de pavot et de guimauve.

Cette opération peu douloureuse a été suivie d'un plein succès.

Appréciations générales de ces différents procédés. — Les nombreux procédés que nous venons de passer en revue prouvent assez que les tentatives des chirurgiens ne furent pas toujours heureuses, et qu'aucune de ces opérations ne répond complétement à toutes les indica-

tions ; l'excision elle-même compte plus d'un insuccès ; Dupuytren en rapporte un exemple, et notre 17e observation prouve assez que l'on ne doit pas lui accorder une confiance illimitée ; M. Malgaigne croit devoir lui associer la cautérisation de l'intérieur du sac, et cette précaution, que beaucoup de chirurgiens partagent, est encore insuffisante contre les récidives. D'où viennent de pareils insuccès ? A quoi peut-on attribuer tant de revers ? Au peu de valeur de l'indication que l'on avait cru devoir remplir dans l'établissement de la fistule sublinguale.

Les ouvertures pratiquées sur le kyste, a-t-on pensé, se referment par la réunion primitive ou consécutive des lèvres de la plaie ; déterminer la cicatrisation isolée des lèvres de cette plaie, telle est dès lors l'indication fondamentale, amener la formation d'un tissu de cicatrice impropre à toute adhésion ; voilà ce que l'on s'est proposé, voilà ce que l'on a demandé à ces nombreuses modifications que l'on a imprimées à l'incision, à la ponction et même à l'excision. A-t-on réussi ? Non ; et nous pouvons avancer que c'est précisément ce malheureux tissu inodulaire dont on a cherché à provoquer la formation, qui est coupable de l'insuccès ; c'est sa funeste propriété de rétraction qui a amené peu à peu la récidive, et si l'ouverture ne s'est pas fermée par adhésion, elle s'est oblitérée par resserrement à la manière d'une bourse qu'on ferme en tirant ses cordons.

Nous ne demandons, pour preuve d'un pareil phénomène, que les infirmités si terribles qu'entraîne fatalement cette rétraction invincible du tissu inodulaire. Que l'on jette les yeux sur ces malheureux que des brulûres ont couverts de cicatrices, et que l'on observe les cruelles difformités qui en sont les conséquences. Le tissu cicatriciel se rétracte incessamment, et cette rétraction continue, permanente, qui ne reconnaît aucun obstacle, peut accoler des membres, ankyloser ou luxer des articulations. C'est elle qui fait le désespoir du malade et du chirurgien dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre ; c'est elle qui amène progressivement mais

fatalement le resserrement et enfin l'oblitération de l'ouverture que l'on a pratiquée au kyste sublingual.

Éviter la formation de ce tissu inodulaire, tout en prévenant cependant la réunion de la plaie, voilà le but que l'on devait se proposer dans la création des trajets fistuleux, voilà ce que l'on obtient par l'autoplastie, dernière méthode que nous allons examiner.

3° Autoplastie. Frappé des nombreux insuccès que fournissaient les anciennes méthodes, encore sous l'impression des revers récents qu'il avait retiré lui-même de l'excision et de l'injection iodée, M. Jobert (1) demanda à l'autoplastie le maintien d'une ouverture sur la grenouillette, et décrivit en 1843 son procédé sous le nom de *batrachosioplastie*.

A. *Procédé de M. Jobert.*

Ce chirurgien dissèque un lambeau de muqueuse et incise la paroi propre du kyste, que la dissection précédente avait mise à nu, puis, par plusieurs points de suture, il réunit à la muqueuse saignante les bords du kyste, en les renversant sur eux-mêmes de dedans en dehors.

Une pareille opération devait réussir, puisque la présence du tissu inodulaire n'en compromettait pas le succès; elle réussit, en effet, et si l'on objecta quelques inconvénients au procédé de M. Jobert, ce fut non l'insuffisance pour la guérison, mais bien les difficultés que l'on rencontre dans l'exécution. Sans parler de la dissection de la muqueuse, qui, lâchement unie dans la région sublinguale avec les tissus subjacents, peut facilement en être séparée, la suture des parois du kyste avec cette muqueuse est assez laborieuse pour avoir découragé quelques chirurgiens et réveillé chez d'autres le désir de simplifier le procédé primitif.

---

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère.*

M. Ricord propose de passer les fils pour la ligature avant d'avoir incisé le kyste. Une telle précaution, en effet, rend beaucoup plus simple le second temps du procédé de M. Jobert. M. Forget, dans un mémoire publié en 1852 par la Société de chirurgie, dissèque la muqueuse dans une plus grande étendue, divise le kyste par une incision cruciale, au lieu de pratiquer une simple incision transversale, et obtient ainsi une ouverture plus considérable, et quatre lambeaux dont il est plus prompt et plus facile d'opérer la suture. On pourrait peut-être avec avantage combiner les simplifications que M. Forget a apportées au manuel opératoire avec celles que l'on doit à M. Ricord.

M. Barrier a dernièrement mis en usage avec succès un procédé qui tient à la fois de l'excision et de l'autoplastie. Voici comment le professeur l'expose lui-même dans ses leçons, et comment M. Delore, alors chef de clinique, en a reproduit la description (1) :

B. *Nouveau procédé de M. Barrier.*

Premier temps. On place à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur une pince à griffes; celle du côté droit est confiée à un aide.

Deuxième temps. L'opérateur, saisissant celle du côté gauche, taille avec des ciseaux un lambeau triangulaire à sommet tronqué, comprenant toute l'épaisseur de la paroi; la base de ce lambeau est à droite du diamètre antéro-postérieur, le sommet à gauche.

Troisième temps. Le chirurgien prend alors la pince du côté droit, et pratique une petite incision d'avant en arrière, près de la base du lambeau, et pénétrant également dans l'intérieur du kyste.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1857.

Quatrième temps. La pointe du lambeau est ensuite renversée en dedans, de gauche à droite; on la fait ressortir par la petite incision, à la lèvre de laquelle on l'unit par un point de suture.

Ce procédé, d'une exécution déjà si facile, a encore été simplifié dernièrement par M. Barrier, qui conseille de pratiquer en un seul temps les deux ouvertures de la poche.

Premier temps, formation des deux ouvertures. Un bristouri droit, tenu sur le plat, embroche la tumeur, suivant son diamètre transversal, de manière à laisser entre la ponction et la contre-ponction une sorte de pont membraneux plus ou moins considérable, suivant le volume de la grenouillette.

Deuxième temps, formation du lambeau triangulaire. L'opérateur, comme dans le deuxième temps du procédé précédent, saisit avec les pinces à dents de rat l'extrémité gauche de l'espèce de pont membraneux que forment les parois du kyste entre les deux incisions, et taille sur lui un lambeau semblable à celui qui a été décrit dans l'exposé du premier procédé, c'est-à-dire que ce lambeau aura sa base dirigée à droite du diamètre transverse, non loin de la première ouverture ou ouverture de ponction, et qu'il aura son sommet limité à gauche de ce même diamètre transverse, par la seconde ouverture ou ouverture de contre-ponction.

Troisième temps, renversement et suture du lambeau : ce troisième temps s'exécute de même que le quatrième temps du premier procédé.

On comprend facilement les avantages d'un pareil procédé : aux bénéfices de l'incision et de l'excision, il réunit les excellents résultats de l'autoplastie : ce lambeau triangulaire qui, renversé dans la tumeur, la traverse en partie, forme comme une espèce de séton permanent, et s'oppose par sa base à l'oblitération de l'ouverture produite par excision, tandis que par son sommet il empêche

l'autre de se refermer. Voici une observation qui prouve les bons effets qu'on doit en attendre, en même temps qu'elle démontre l'insuffisance qu'ont souvent la ponction, l'injection iodée, ou la cautérisation.

Obs. XVI. — Marie L..., née à Ordonnax, cultivatrice à Saint-Rambert (Ain), âgée de 33 ans, d'une constitution médiocre, présente tous les attributs du tempérament lymphatique nerveux. Il y a six mois, sans cause appréciable, elle s'aperçut d'une petite tumeur indolente, qui siégeait sous la langue, surtout du côté gauche, et qui la gênait médiocrement; cette tumeur grossit lentement, mais, ayant acquis en un mois le volume d'un œuf de pigeon, la malade réclama les secours d'un médecin, qui pratiqua une ponction simple, et donna issue à une cuillerée d'un liquide incolore, visqueux, un peu salé. La tumeur, affaissée sur le moment, ne tarda pas à reparaître trois ou quatre jours après l'opération, et revint en un mois à son volume primitif. Une deuxième ponction eut les mêmes résultats; un mois après, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule. Une troisième ponction ne fut pas plus heureuse; après le même temps, la tumeur présentait le même volume. A la quatrième opération, le médecin ajouta à la ponction l'injection iodée, mais avec le même insuccès; la tumeur reparut comme auparavant, et en un mois elle était revenue à peu près au volume d'un œuf de pigeon. Après une cinquième opération, qui consista à placer dans la tumeur un petit morceau de nitrate d'argent cristallisé, et qui, après quelques légers accidents inflammatoires, n'eut pas plus de succès que les précédentes, la malade se décide à venir à l'hôtel-Dieu de Lyon, où elle entre le 12 avril 1857, et où elle est couchée au n° 8 de la salle Saint-Anne.

A cette époque, la tumeur offre un volume égal à celui d'une grosse amande; elle est fluctuante, indolente, spontanément et à la pression, et d'un aspect uniforme : le frein de la langue la partage en deux parties inégales. Cependant la fluctuation, qui se transmet facilement d'une moitié à l'autre, démontre évidemment que les deux poches communiquent; la partie gauche est beaucoup plus volumineuse que la droite, la muqueuse y est amincie et d'un blanc bleuâtre; la déglutition et la phonation sont peu gênées, les mouvements de la langue ne sont que médiocrement embarrassés, les dents et les os nullement déformés; on ne peut apercevoir les orifices des conduits salivaires.

Le 14 avril. La tumeur s'ouvre spontanément dans le point où la muqueuse était le plus amincie; il s'écoule une cuillerée d'un liquide un peu visqueux; la tumeur est tout à fait affaissée.

Le 24. La tumeur s'est reproduite, et M. Barrier opère la malade suivant son procédé. L'ouverture de la tumeur donne le même liquide visqueux, analogue à une épaisse solution de gomme, et ne fournit qu'une hémorrhagie insignifiante.

Le 25. La malade a eu hier soir un léger mouvement fébrile ; les ouvertures sont béantes, et laissent seulement apercevoir l'intérieur du kyste, qui est tapissé par une fausse membrane blanchâtre, et que l'on enlève facilement ; la muqueuse est un peu boursouflée tout autour : cependant la malade n'accuse presque pas de douleur ; elle demande qu'on lui rende son régime.

Le 27. La fausse membrane qui s'était reproduite le 26, et qui avait été enlevée, s'est reproduite encore une fois. On l'enlève et on sort le point de suture qui retenait le sommet du lambeau ; la cicatrisation paraît presque complète.

Le 3 mai. La tumeur est toujours entièrement effacée, les deux ouvertures largement ouvertes ; les mouvements de la langue ont repris leur liberté. La malade, se trouvant guérie, demande et obtient son exeat.

La malade a promis qu'elle écrirait si la tumeur récidivait. A la fin du mois de juin, la guérison ne s'était pas démentie ; on n'a pas eu de nouvelles depuis.

Il est à regretter qu'un procédé qui offre des avantages si précieux dans la plupart des cas de grenouillette ait aussi ses contre-indications et ne puisse pas être appliqué lorsque les parois du kyste offrent une altération assez considérable : on comprend en effet que, pour que l'autoplastie réponde aux espérances que l'on est en droit de fonder sur elle, ces parois doivent être à peu près saines, puisque ce sont elles qui font les frais de la guérison. L'observation suivante, qui démontre l'insuffisance de l'excision, nous fournit en même temps l'exemple d'une ranule que l'on se proposerait sans grande chance de succès de guérir par le procédé de M. Barrier.

Obs. XVII. — Marie M..., née à Saint-Alban-Vaulsire (Isère), repasseuse à Lyon, âgée de 45 ans, d'une constitution bonne, d'un tempérament nerveux, entre, le 10 avril 1858, à l'hôtel-Dieu, où elle est couchée au n° 1 de la salle Sainte-Anne.

Il y a cinq ans, après quelques accidents du côté du tube digestif, la malade s'aperçut d'une tumeur indolente qui siégeait sous la langue et avait déjà acquis le volume d'un œuf de poule, lorsqu'elle se décida à aller consulter un médecin

A cette époque, la lèvre inférieure était déjà refoulée en avant, les gencives du maxillaire inférieur fongueuses, et les dents ébranlées étaient tombées en partie; mais la tumeur était indolente et n'occasionnait qu'une simple gêne dans les mouvements de la langue. On pratiqua sous la langue l'excision d'un épais lambeau de l'étendue d'un décime; il se serait écoulé une grande quantité de sang, et le médecin aurait été étonné de ne pas rencontrer de trace de la matière visqueuse qu'il avait prédite à la malade. La plaie fut garnie de bourdonnets de charpie, que l'on renouvela le lendemain et les cinq jours suivants. Les pièces du pansement cessèrent d'être tachées de sang vers le troisième jour; mais, à cette époque, survinrent des douleurs très-vives, un engorgement assez considérale du plancher buccal, et un peu de suppuration. Ces accidents se dissipèrent peu à peu, et au bout de quinze jours, la guérison était complète, la région sublinguale était entièrement libre, mais les gencives restaient encore fongueuses, et le médecin prédit que les dents continueraient à tomber.

La guérison se maintint un an; mais, après ce laps de temps, la malade, qui s'observait avec le plus grand soin, aperçut sous la langue, à droite du frein et assez loin des incisives inférieures, une faible tumeur, dont le début avait été indolent et motivé par aucune cause appréciable, et qui, un peu aplatie et oblongue dans le sens transversal, avait tout à fait l'apparence, au dire de la consultante, d'une de ces phlyctènes que produit la brûlure. Complétement abandonnée à elle-même pendant quatre ans, cette tumeur fit des progrès continuels, mais peu rapides, jusqu'aujourd'hui, où la malade se décide à venir réclamer une nouvelle opération.

Au moment où nous l'avons observée pour la première fois, la tumeur occupait tout le plancher de la bouche, et faisait même une très-légère saillie sous le menton; plus étendue dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur, elle était partagée par le frein de la langue en deux parties, dont la droite était plus volumineuse que la gauche; la palpation était tout à fait indolente et faisait reconnaître une fluctuation assez sensible.

La muqueuse offre encore une *cicatrice linéaire*, vestige de l'opération antérieure; la langue est soulevée et rejetée en arrière, elle est considérablement gênée dans tous ses mouvements; la gencive inférieure est fongueuse, mollasse, transformée, surtout en avant, en une masse végétante d'un rouge pâle; les dents du maxillaire inférieur sont tombées en partie; la salive coule abondamment, la malade la perd malgré elle, surtout pendant la nuit; mais on ne peut découvrir sur le plancher buccal l'orifice des conduits salivaires.

Le 15 avril, on pratique sur la partie moyenne de la tumeur une ponction ex-

ploratrice avec un trois-quarts ; on sent que l'on est dans un sac, mais l'on n'amène aucun liquide.

Le 16. M. Barrier perfore, de part en part, la tumeur en un seul temps avec le bistouri droit, laissant entre la ponction et la contre-ponction un intervalle de 3 centimètres; il s'écoule à peu près une petite cuillerée d'un liquide limpide et aqueux ; le doigt, introduit dans les incisions, constate une petite cavité de la grosseur d'une noisette environ, et dont les parois sont lisses, mais d'une épaisseur trop grande pour que M. Barrier songe à employer son autoplastie ; il engage par les ouvertures une mèche de coton pour amener, par la suppuration, une vive modification dans la structure des parois.

Le 18. Le gonflement est considérable, et la suppuration assez abondante; mouvement fébrile intense ; la malade accuse des élancements douloureux et de l'insomnie; ces accidents persistent une huitaine de jours, et étant sensiblement diminués le 30 avril, Marie M... demande son exeat. A son départ, elle offre sous la langue encore un engorgement douloureux, de la grosseur d'un œuf de poule; la suppuration n'est pas tarie; on a cependant enlevé le séton depuis quelques jours.

Nous sommes arrivé à la fin de notre tâche ; nous avons cherché à démontrer que sous le nom de grenouillette on doit comprendre des affections de nature bien différentes, et que le procédé de M. Barrier offre assez de garanties de succès pour mériter, dans la plupart des cas, la préférence sur les autres. Puissent nos efforts nous valoir l'indulgence de nos juges !

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Déterminer par les lois de l'hydrostatique quels sont les points du système artériel qui sont le plus susceptibles d'anévrysmes.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide urique.

Pharmacie. — Des avantages que le médecin peut retirer des emplâtres; décrire la préparation de l'emplâtre simple et donner la théorie de l'opération.

Histoire naturelle. — De la structure de l'écorce dans les végétaux dicotylédonés herbacés et dans les végétaux dicotylédonés ligneux.

Anatomie. — Faire connaître les anastomoses des branches fournies par le plexus lombaire; des rapports du plexus lombaire.

Physiologie. — Quels sont les agents de l'expiration?

Pathologie interne. — Des rapports de l'ictère avec les maladies du foie ou de l'appareil excréteur de la bile.

Pathologie externe. — Des fractures du cubitus.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hémorrhagies.

Anatomie pathologique. — De la solution de continuité en général.

Accouchements. — De la procidence des extrémités supérieures du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des accidents qui peuvent résulter de l'emploi thérapeutique, soit interne, soit externe, de préparations de plomb.

Médecine opératoire. — Des cas qui réclament l'opération du trépan.

Médecine légale. — De la diversité des morts dans les maladies.

Hygiène. — De l'humidité atmosphérique dans ses rapports avec la santé.

Vu, bon à imprimer.

CRUVEILHIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.

